

BACHELORARBEIT

Crystal Meth konsumierende Mütter –
Auswirkungen auf die Kindererziehung

Ann-Sophie Otte

Bachelorarbeit

Crystal Meth konsumierende Mütter – Auswirkungen auf die Kindererziehung

Fakultät 4 für Soziale Arbeit, Gesundheit und Musik
Bachelorstudiengang Soziale Arbeit, 6. Semester
Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg

Vorgelegt von:

Ann-Sophie Otte, Matrikelnr. 332229, Ann-Sophie.Otte@b-tu.de

Erstgutachterin: Prof. Dr. Annemarie Jost

Zweitgutachter: Prof. Dr. Ulrich Paetzold

Abgabedatum: 10. Juni 2016

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Abbildungsverzeichnis | 3 |
| Abkürzungsverzeichnis | 4 |
| 1 Einleitung | 5 |
| 2 Epidemiologie von Methamphetaminkonsumenten | 9 |
| 2.1 Die Verbreitung von Methamphetaminen in Deutschland | 9 |
| 2.2 Die Problematik von Methamphetaminen in Brandenburg | 10 |
| 2.3 Die Relevanz der Zahlen für die Praxis | 12 |
| 3 Die Wirkung von Methamphetamin (Crystal Meth) | 12 |
| 3.1 Kurzzeitwirkungen | 13 |
| 3.2 Langzeitfolgen | 13 |
| 4 Crystal Meth konsumierende Mütter und ihre Kinder | 14 |
| 4.1 Zur Charakterisierung der Konsumentengruppe Frauen mit mindestens einem Kind | 14 |
| 4.2 Gesundes Aufwachsen von Kindern | 18 |
| 4.2.1 Grundbedürfnisse von Kindern | 18 |
| 4.2.2 Basiskriterien zur Einschätzung der Situation von Kindern drogenabhängiger Eltern | 20 |
| 4.3 Auswirkungen auf den Alltag konsumierender Mütter und Konsequenzen für das elterliche Verhalten | 21 |
| 4.4 Auswirkungen auf die Grundbedürfnisbefriedigung von Kindern Crystal konsumierender Eltern | 22 |
| 4.5 Erfüllung von Basiskriterien und Crystalkonsum der Mütter | 28 |
| 4.6 Zwischenfazit | 28 |

| | |
|--|-----------|
| 5 SPFH als Intervention der Sozialen Arbeit | 29 |
| 5.1 SPFH als Hilfe zur Erziehung und Vermeidung von Kindeswohlgefährdung | 30 |
| 5.2 Das Schirmprojekt in Halle | 31 |
| 5.2.1 Allgemeine Informationen über das Projekt..... | 31 |
| 5.2.2 Spezialisierung der SPFH auf die Abhängigkeit von Suchtmitteln | 31 |
| 5.3 Netzwerkarbeit und Kooperation zwischen SPFH und Suchthilfe | 34 |
| 5.3.1 Kooperationspartner | 34 |
| 5.3.2 Was ist wichtig für eine gelingende Zusammenarbeit? | 38 |
| 5.3.3 Vor- und Nachteile der Kooperationen aus Sicht des Klienten | 40 |
| 5.3.4 Überblick – Die Chancen des Netzwerks zur Kompensation von defizitären, elterlichen Verhaltens ehemals Crystal Konsumierender | 41 |
| 5.3.5 Handlungsempfehlungen für den Familienhelfer | 43 |
| 6 Fazit und Ausblick | 44 |
| 7 Quellenverzeichnis | 47 |
| Ehrenwörtliche Versicherung | 52 |
| Anlage | I |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abb. 1: Verteilung der Hauptdiagnosen (ambulant)..... | 10 |
| Abb. 2: Verteilung der Hauptdiagnosen (stationär)..... | 10 |
| Abb. 3: Grundbedürfnispyramide von Kindern | 19 |
| Abb. 4: Netzwerkarbeit der SPFH des Schirm Projekts | 34 |
| Abb. 5: Die Kooperation der SPFH mit der Sucht- und Jugendhilfe..... | 37 |
| Abb. 6: Mögliche Angebote zur Kompensation der Auswirkungen des Crystalkonsums... | 41 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------------------------------|---|
| Adressaten, Betroffene, Klienten | Synonyme für die Zielgruppe der Sozialen Arbeit, umfasst auch Kinder |
| ATS | Amphetamin-Type-Substances |
| BGB | Bürgerliches Gesetzbuch |
| BLS e.V. | Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V. |
| BTU Cottbus-Senftenberg | Brandenburgische Technische Universität Cottbus |
| BZgA | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung |
| DISUP | Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung |
| MASGF | Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie |
| Methamphetamin | gemeint ist N-Methylamphetamin, bekannt auch unter der Bezeichnung Crystal Meth oder Crystal oder C |
| Schirm, sowie S.C.H.I.R.M. | gemeint ist das Schirm Projekt des freien Trägers Jugendwerkstatt „Frohe Zukunft“ Halle-Saalekreis e.V., die Abkürzung Schirm steht für Straßenkinder- und Communication-Haus mit Integrations- und Resozialisierungs-Möglichkeiten |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SPFH | Sozialpädagogische Familienhilfe |
| ZIS Hamburg | Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg |

1 Einleitung

In Zeitungsartikeln und diversen anderen Medien werden Horrorszenarien über Crystal Meth verbreitet. Über die Verbreitung der Substanz in Deutschland wird von einer „Crystal Meth Welle“ gesprochen. Zur Abschreckung werden Folgen des Konsums mit Bildern der Kampagne „Faces of Meth“ aus den USA veranschaulicht.

In dieser Arbeit wird sich von solchen Quellen distanziert. Es werden Kurzzeit- und Langzeitwirkungen auf die Konsumenten und die daraus resultierenden Folgen für das Kind beschrieben. Um die Relevanz der Crystal Problematik für Deutschland einschätzen zu können werden Daten zur Epidemiologie von Methamphetaminkonsumenten herangezogen und interpretiert. Außerdem wird das Ausmaß des Crystal Meth Konsums in Brandenburg dargestellt und die Relevanz der Zahlen für die Praxis erläutert.

Die Crystal Problematik ist für Deutschland relativ neu, so dass es nur spärliche und keine repräsentativen Daten über Crystal Konsumenten gibt. Um präventive Ansätze für die Praxis entwickeln und Aussagen über die Problematik in Deutschland machen zu können, wurden in der Studie des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg Konsumentengruppen von Crystal Meth und Amphetaminen untersucht. Mütter mit Kindern wurden als besondere Risikogruppe unter den Konsumenten identifiziert. Grund dafür, waren Aussagen der Eltern, durch den Konsum nicht in der Lage zu sein, die Rolle als Eltern ausführen zu können. In dieser Arbeit werden die Kurz- und Langzeitwirkungen (Kapitel 3) mit ihren Auswirkungen der Droge auf diese „besondere“ Zielgruppe, auf ihr elterliches Verhalten und die Folgen für das Kind beschrieben.

Auch drogenkonsumierende Mütter mit Kindern haben das Recht und die Pflicht, ihre Kinder zu erziehen. Beeinträchtigt durch den Crystalkonsum und weitere ungünstige Faktoren kann ihre Erziehungskompetenz beeinträchtigt sein und es können sich Risiken der Kindeswohlgefährdung ergeben. Mütter weisen dadurch einen Unterstützungsbedarf auf, der sich von anderen Suchtmittelkranken und psychisch Kranken unterscheidet. Zur Erfassung des Hilfebedarfs wird zunächst eine Charakterisierung der Konsumentengruppe Frau mit Kind vorgenommen (Kapitel 4.1), indem Erkenntnisse der aktuellen Studien zu ihrer Lebenssituation zusammengestellt werden.

Die Droge beeinflusst den Alltag Konsumierender. Kinder sind auf die zuverlässige Versorgung, Betreuung und Erziehung ihrer Eltern angewiesen. Sie haben bestimmte Bedürfnisse, die für ihre gesunde Entwicklung erfüllt werden müssen (Kapitel 4.2), die aber durch die Droge mitunter weniger Berücksichtigung finden. Die Autorin erläutert die Auswirkungen von Methamphetaminen auf Mütter und ihr Verhalten (Kapitel 4.3) Sie stellt dar, wie der

Drogenmissbrauch schließlich das Aufwachsen des Kindes unter der Berücksichtigung der Folgen unzureichender Bedürfnisbefriedigung beeinflussen kann. (Kapitel 4.4).

Wenn sich die konsumierende Mutter nicht mehr adäquat um das Kind kümmern kann, können sich Risiken für das Wohl des Kindes ergeben. Sie benötigt deshalb Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags. Eine Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) kann als Unterstützungsform geeignet und notwendig sein. Anders als im Suchthilfesystem liegt der Schwerpunkt auf der Vermeidung einer Kindeswohlgefährdung und auf der Unterstützung der Erziehungsfähigkeiten der Eltern. Betrachtet wird das Familiensystem jedoch, ohne die Drogenproblematik zu vernachlässigen. Diese Hilfeform wird in Kapitel 5 ausführlich erläutert.

Auf den Unterstützungsbedarf von Crystal Konsumenten hat sich die SPFH des Schirm Projekts des freien Träger Jugendwerkstatt „Frohe Zukunft“ in Halle spezialisiert. Sie wurde dabei als Modellprojekt bezeichnet, das eng mit Kooperationspartnern des Suchthilfesystems zusammenarbeitet. (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2015), S.175)

Um Kinderschutz zu gewährleisten und Unterstützungsbedarf der Familie zu erfüllen bedarf es der Zusammenarbeit von Netzwerkpartnern. Dabei ist bei drogenkonsumierenden Eltern insbesondere auch die Kooperation mit dem Suchthilfesystem unerlässlich. Im fünften Kapitel werden die Kooperationspartner vorgestellt und Faktoren für eine erfolgreiche Zusammenarbeit dargelegt. Ferner werden die Chancen des Netzwerks für Crystal Konsumierende erläutert (Kapitel 5.3.4) und Vor- und Nachteile für die Klienten diskutiert (Kapitel 5.3.3).

Zur Abgrenzung des Gegenstands dieser Bachelorarbeit werden weder die pränatalen Folgen des Drogenkonsums noch die Folgen, die während des Stillens einer konsumierenden Mutter entstehen können, berücksichtigt. Unbeachtet bleibt auch der Beikonsum von anderen legalen oder illegalen Substanzen oder nicht substanzbezogenen Abhängigkeiten als Nebenerscheinung der Konsumenten. Nicht Teil der Arbeit sind außerdem die verschiedenen Konsumformen und die Geschichte der Substanz.

Der Inhalt der vorliegenden Arbeit bezieht sich in gleichem Maße auf Frauen und auf Männer. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird jedoch die männliche Form für alle Personenbezeichnungen gewählt. Die weibliche Form ist dabei stets auch mitgemeint. Eine Ausnahme bilden die Inhalte, die ausdrücklich auf Frauen bezogen werden.

Die Zitierweise entspricht den „Empfehlungen für das wissenschaftliche Arbeiten in den Studiengängen der Sozialen Arbeit“ der Brandenburgischen Technischen Universität (BTU) Cottbus- Senftenberg von 2015.

Methoden

Bereits im November 2015 konnte die Autorin durch die Teilnahme an der Fachtagung „Crystal Meth“ an der BTU Cottbus-Senftenberg einen Überblick über den wissenschaftlichen Forschungsstand zu der Droge erlangen und einen Einblick in verschiedene Praxisbeispiele bekommen. Im Rahmen dieser Veranstaltung wurde das Schirm Projekt in Halle (Saale) als zielgruppenspezifisches Angebot der Sozialen Arbeit und Modellprojekt genannt und vorgestellt. Dieses war Anlass für die intensive Recherche zum Inhalt des bestehenden Projekts.

Wegen der Aktualität des Themas Crystal Meth und der Relevanz für die Praxis sollten, sich Sozialarbeiter mit den theoretischen Grundlagen auseinandersetzen, da sie im Berufsalltag in den Arbeitsfeldern der Jugend- und Suchthilfe damit vielfach konfrontiert werden.

Die Literaturrecherche umfasst deutschsprachige Fachliteratur, die sich u.a. allgemein mit Suchtfamilien und dem Thema von illegalen Drogen beschäftigt. Hinzu kommen Publikationen, die sich spezifischer mit Meth Amphetaminen und ihrer Wirkung befassen.

Um den Unterstützungsbedarf von Crystal Konsumenten dazulegen, wurden vorwiegend aktuelle Informationsmaterialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) genutzt. Diese Materialien sind für die Praxis von Professionellen konzipiert worden. Sie sind demnach praxisnah und anwendungsorientiert.

Neben rechtlichen Grundlagen, die in den Sozialgesetzbüchern zu finden sind, wurden diverse Internetquellen genutzt, darunter der aktuelle Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung von 2015, wissenschaftliche Studien der letzten fünf Jahre, sowie Online Versionen von Fachzeitschriftenartikeln.

Um die Sozialpädagogischen Familienhilfe des Schirm Projekts ausführlicher und umfassender beschreiben zu können, wurde die Methode des qualitativen, leitfadenorientierten Experteninterviews gewählt. Ziel des mündlichen Interviews ist es, subjektive Deutungsmuster des Interviewten in seiner Tätigkeit mit Crystal- Konsumierenden und deren Kinder zu verstehen. Der Forschungsgegenstand umfasst die Auswirkungen des Drogenkonsums auf Mutter und Kind. Nicht Teil der Forschung ist der pränatale Konsum der Mutter, Konsumformen und Beikonsum sowie der Konsum anderer illegaler Drogen.

Neben allgemeinen Fragen zum Schirm Projekt wird insbesondere auch nach persönlichen Erfahrungen mit Konsumenten in der Familienhilfe gefragt. Praktisches Erfahrungswissen und gewonnene Erkenntnisse durch die langjährige Arbeit mit den genannten Klienten werden durch Fragen nach Methoden, rechtlichen Grundlagen, anderen Handlungsansätze und Netzwerkarbeit ergänzt. Abschließend wird der Familienhelfer gebeten, Handlungsempfehlungen für andere Sozialarbeiter in der Arbeit mit Crystal konsumierenden Müttern zu geben. Es wurde bewusst die Methode des qualitativen Interviews gewählt, da diese über das reine Abfragen hinaus die Möglichkeit gibt, an zusätzliche Informationen zu gelangen. Die interviewte Person bestimmt durch seine Antworten die relevanten Informationen und kann zusätzlich noch weitere wichtige Bereiche ansprechen. Zudem bietet sich die Methode bei kleineren Stichproben an.

Der Leitfaden des Interviews dient der Vorbereitung des Gesprächs, fasst mögliche Fragen zusammen und dient auch der Definition und Abgrenzung der Themenbereiche. Er ist nur eine Orientierung für das Interview, d.h. es kann von ihm abgewichen werden. Auch andere Themenbereiche, die von Interesse sind, können thematisiert und erläutert werden.

Das Interview mit einem Familienhelfer fand persönlich mit der Autorin in Halle in den Räumlichkeiten des freien Trägers statt. Es wurde aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Die Autorin versicherte der interviewten Person, nicht namentlich genannt zu werden, damit keine Nachteile aus dem Interview entstehen und er offen über die Tätigkeit sprechen kann.

Die Form des qualitativen leitfadenbasierten Interviews wurde auch für das Verständnis der drogenspezifischen Auswirkungen für eine Mutter mit Kindern angewandt. Es galt die Perspektive einer Betroffenen zu berücksichtigen, die nicht mehr konsumiert. So wurde sie zunächst nach ihrem Verhalten während des Konsums und den Reaktionen ihrer Kinder gefragt, nach ihren Konsum- und Abstinenzmotiven bis hin zu ihrem Prozess, sich Hilfe zu suchen und clean zu werden. Das Interview wurde von der Autorin persönlich in einer Suchtberatungsstelle, unter Ausschluss des dort tätigen Fachpersonals in einem separaten Raum durchgeführt. Die ehemalige Konsumentin bleibt anonym. Sie war nicht befangen, da ihr die Vertraulichkeit ihrer Daten zugesichert wurde.

2 Epidemiologie von Methamphetaminkonsumenten

Um die Relevanz der Crystal Meth Problematik zu erkennen, ist die Auswertung von evidenter Zahlen der Konsumenten in Deutschland notwendig. „Es gibt aber keine verlässlichen epidemiologischen Daten über die Zahl von Crystal-Abhängigen“ [Anmerkung: in Deutschland] (Böhm u.a. 2015, S.1). Über die Verbreitung und die Anzahl der Konsumenten der Droge lassen sich demnach nur Tendenzen aufzeichnen. Ein Grund für die unzureichende Epidemiologie von Konsumenten ist, dass Methamphetamine häufig gleichzeitig mit Amphetaminen genannt oder sie mit weiteren Substanzen unter den Begriff der Stimulanzien zusammengefasst werden (vgl. Böhm u.a. 2015, S.2) z.B. in der Diagnose F15 des ICD10 (vgl. DIMDI 2016, o.S.). In der englischsprachigen Literatur wird oft die Bezeichnung ATS (Amphetamin-Type-Substances) gewählt.

Der Sucht- und Drogenbericht der Bundesregierung Deutschlands und der Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik können zumindest Hinweise zu der Verbreitung der Substanz geben. Weitere Daten wie Zahlen von regionalen Suchtberatungsstellen können ein Indiz für die Häufigkeit der Konsumierenden in Brandenburg, sowie in Cottbus und Umgebung sein.

2.1 Die Verbreitung von Methamphetaminen in Deutschland

Aus dem aktuellen Drogen und Suchtbericht der Bundesregierung Deutschlands von 2015 geht hervor, dass Methamphetamine überwiegend aus Tschechien eingeführt werden. Daraus erklärt sich die erhöhte Verbreitung der Droge in grenznahen Gebieten in Deutschland. (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit, S.52)

Die Menge von insgesamt 73 Kilogramm Methamphetamin, die sichergestellt werden konnte, nahm 2014 gegenüber 2013 um 7% leicht ab. Dennoch nahm die Zahl der Fälle, in denen Crystal Meth sichergestellt wurde, von 2014 um 1,5 Prozent gegenüber 2013 zu. Sie belief sich auf 3.905 Fälle. (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit 2015, S.54)

Außerdem wird in dem Bericht ein Zuwachs der „erstauffälligen Konsumenten von Crystal Meth um 14 % auf 3.138 (2013: 2.746)“ verzeichnet (Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit 2015, S.52).

Erhöhte Zahlen an Erstkonsumenten der Droge können zusätzliche Herausforderungen für das Suchthilfesystem bedeuten, wenn sie als Hilfesuchende in Suchtberatungsstellen oder als Patienten in stationären Einrichtungen auftauchen.

Im Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik 2014 wurden die Daten von „837 ambulanten und 206 stationären Einrichtungen“ der Suchthilfe in Deutschland zum „primären Behandlungsanlass“ von Patienten bzw. Klienten dargestellt. (Brand u.a. 2015, S.9)

In den folgenden Grafiken werden die ambulanten und stationären Hauptdiagnosen dargestellt.

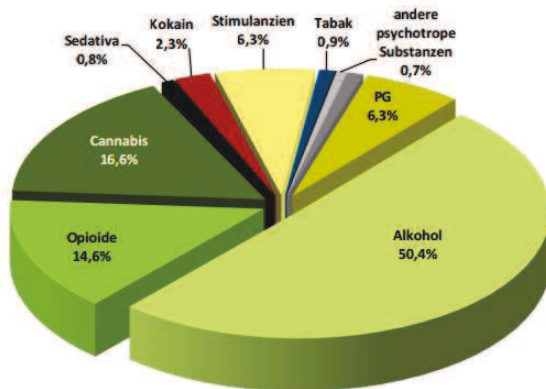


Abb. 1: Verteilung der Hauptdiagnosen (ambulant) (Quelle: Brand u.a. 2015, S.9)

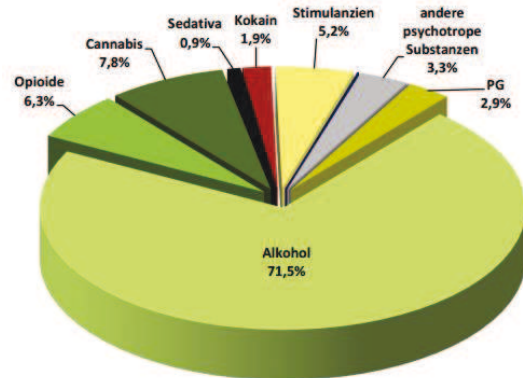


Abb. 2: Verteilung der Hauptdiagnosen (stationär) (Quelle: Brand u.a. 2015, S.10)

Hauptdiagnosen werden nach dem Klassifikationssystem des ICD10 der WHO gestellt. Sie umfassen in diesem Fall den primären Behandlungsgrund (vgl. Brand u.a. 2015, S.9). Methamphetamine werden zusammen mit anderen Substanzen, wie u.a. Ephedrin und Ritalin unter dem Begriff Stimulanzien zusammengefasst. Ihr Anteil an den Hauptdiagnosen beträgt unter den Behandlungsfällen ambulant 6,3% und stationär 5,2%. Andere Substanzgruppen wie Alkohol, Opioiden und Cannabis sind prozentual als Hauptdiagnose sowohl stationär als auch ambulant als Hauptdiagnose weitaus häufiger erfasst. (vgl. Brand u.a. 2015, S.10).

2.2 Die Problematik von Methamphetaminen in Brandenburg

In den Bundesländern angrenzend zu Tschechien ist die Droge schwerpunktmäßig verbreitet, da sie überwiegend im Nachbarland hergestellt wird. Dort machen Methamphetaminkonsumenten in den Suchtberatungsstellen zwischen 50 und 70 Prozent der Klienten aus (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit 2015, S.40).

Laut Drogen- und Suchtbericht 2015 ist auch in Brandenburg ein regionales Vorkommen der Substanz feststellbar. Unspezifisch wird dieses Vorkommen als geringer als in den

Nachbarbundesländern zu Tschechien, aber mit Tendenz zu zunehmenden regionalen Verbreitung eingeschätzt, ohne jedoch Belege durch entsprechende Zahlen zu geben. (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit 2015, S.54).

In der Studie des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF) wurde die Verbreitung von Amphetaminkonsumenten in Brandenburg untersucht. Daten von durchgeführten Beratungen in den Suchtberatungsstellen im Jahr 2014 und 2015 sollen Auskunft zur Methamphetamin Problematik geben. Hierzu wurden Angaben von 21 Suchtberatungsstellen über Crystal und Amphetamin im Jahr 2014 und 2015, die mit Hilfe eines Fragebogens von der Brandenburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (BLS e.V.) erfragt wurden, ausgewertet. Es wurde zwar explizit nach Methamphetaminen gefragt, jedoch konnte in den erhobenen Daten aufgrund fehlender Differenzierung der befragten Stellen keine Unterscheidung stattfinden. (vgl. Böhm, Hardeling und Leydecker 2015, S.2)

In der Studie des MASGF wurde 2014 mit 3,4% nur ein niedriger Anteil von Amphetaminfällen bei insgesamt 10.361 Beratungen festgestellt. 2015 stieg die Zahl der Amphetaminfälle auf 4,4 % bei 10.464 Beratungen. (vgl. Böhm, Hardeling und Leydecker 2015, S.3) Der leichte Anstieg könnte ein Indiz für den wachsenden Konsum von Crystal Meth in der Region sein.

Es fällt auf, dass der prozentuale Anteil der Beratungsfälle von Amphetaminen zwar gering ist, dass jedoch 2014 und 2015 besonders in Cottbus und Senftenberg eine Akkumulierung von Fällen auftritt. Das bestätigt die Zahl von 143 Fällen im Jahr 2014 in der Suchtberatungsstelle in Senftenberg. 2015 erhöhte sich auch diese Zahl auf insgesamt 198 Fälle. Auch in Cottbus ist die Zahl von 92 Fällen 2014 überregional hoch. Auch diese Zahl stieg 2015 auf 112 Fälle. (vgl. Hardeling 2015, o.S.)

Die Zahlen können verschieden interpretiert werden. Zunächst konnte in der Auswertung der Befragung nicht zwischen Methamphetamin und Amphetamin unterschieden werden, so dass die Zahlen beide Substanzen beinhalten. (vgl. Hardeling 2015, o.S. und vgl. Böhm 2015, o.S.) Sie lassen somit keine differenzierten Schlüsse auf den Konsum in der Region zu. Außerdem können die Zahlen durch andere Faktoren beeinflusst werden, wie beispielsweise die günstigere Verkehrsanbindung von Senftenberg und Cottbus an die umliegenden Regionen. Da Klienten sich die Suchtberatungsstellen frei aussuchen können, beeinflussen somit verschiedene Kriterien die Wahl einer ambulanten Suchtberatungsstelle, z.B. die persönliche Empfehlung des Hausarztes, der Bekanntheitsgrad und die Reputation der Einrichtung. Zudem gibt es Klienten, die nicht bei einer Suchtberatungsstelle auftauchen, da sie keine oder andere Möglichkeiten der Hilfe bevorzugen.

Folglich können die Zahlen kein verlässliches Bild der Anzahl von Konsumenten in den Städten Cottbus und Senftenberg geben. Der Anstieg der Anzahl der durchgeführten Beratungen zur Meth- bzw. Amphetaminproblematik von 2014 zu 2015 ist allenfalls ein Indiz für eine wachsende Anzahl von Konsumenten.

2.3 Die Relevanz der Zahlen für die Praxis

Der Anteil von Klienten, die mit einer Crystal Meth Problematik in Suchtberatungsstellen oder in ambulanten und stationärer Therapie von Suchthilfeeinrichtungen auftauchen, fällt im Vergleich mit anderen Drogen gering aus. Kuhlmann und Wurst (2016) gehen davon aus, dass „nur ein geringer Teil der Konsumenten Kontakt zum Hilfesystem hat“ (Kuhlmann/ Wurst 2016, S.9). Ein Grund dafür sei die unzureichende Weitervermittlung zu den Hilfsangeboten (vgl. Kuhlmann/ Wurst 2016, S.9).

Trotz der vergleichsweise niedrigen Zahlen gehen von den Konsumenten neue Anforderungen an das Hilfesystem aus, da sie sich in ihren Verhaltensweisen von anderen Drogenabhängigen unterscheiden würden (vgl. Kuhlmann 2016, S.7). „(...) die klassischen Heroin- oder auch polyvalenten Konsumenten [sind] nicht unbedingt mit den harten Crystal-Konsumenten vergleichbar“ (Kuhlmann 2016, S.7). In dieser Arbeit werden die Wirkungen der Droge und die Auswirkungen auf die Konsumenten werden in dieser Arbeit dargestellt, um den speziellen Unterstützungsbedarf der Zielgruppe dazulegen. Die Droge beeinflusst das elterliche Verhalten und wirkt sich demnach auch auf die Kinder drogenabhängiger Eltern, aus. Um konsumierende Eltern und deren Kinder professionell unterstützen zu können, ist spezifisches Wissen über die Wirkungen der Droge erforderlich.

3 Die Wirkung von Methamphetamin (Crystal Meth)

Methamphetamin, das als illegale Droge umgangssprachlich Crystal Meth genannt wird, gehört zu den Psychostimulanzien. Wirkungen dieser Gruppe sind erhöhte Aufmerksamkeit, Energie und Selbstvertrauen, sowie verminderter Appetit und Müdigkeit (vgl. Rommelspacher 1999, S.20)

Ihre Wirkung kann je nach Induktionsart, Menge, Reinheit der Substanz und Person von vier bis zwölf Stunden reichen, in Einzelfällen in hoher Dosierung sogar bis zu dreißig Stunden andauern. (vgl. Graue Literatur 3, o.S.)

3.1 Kurzzeitwirkungen

Konsumenten fühlen sich durch den Anstieg der Botenstoffe Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin unruhig. Verbunden sind diese Prozesse mit der Erhöhung des Blutdrucks, sowie der Herz- der Atemfrequenz und der Körpertemperatur (vgl. Graue Literatur 1, S.10). Es unterdrückt die Müdigkeit und löst beim Konsumenten ein Gefühl der gesteigerten Leistungsfähigkeit und des Selbstbewusstseins aus (vgl. Graue Literatur 2, S.19). Die Wirkungen sind subjektiv und der Konsument überschätzt oft seine Leistungsfähigkeit. (vgl. Rommelspacher 1999, S.228).

Sie wirkt außerdem enthemmend, d.h. es wird risikobereiter gehandelt und der Kontakt zu anderen Menschen wird leichter aufgebaut. Auch sexuelle Erfahrungen können durch die Droge verstärkt wahrgenommen werden, bzw. länger durchgehalten werden. (vgl. Graue Literatur 3, o.S.) Andere körperliche Signale, wie Hunger, Durst und Müdigkeit werden gehemmt, was dazu führen kann, dass Konsumenten die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme vergessen bzw. vernachlässigen. Daraus können Mangelerscheinungen und Gewichtsverlust folgen. (vgl. Graue Literatur 1, S.11)

Die beschriebenen Wirkungen sind besonders in einer leistungsorientierten Gesellschaft erwünscht. Positive Rückmeldungen durch das soziale Umfeld des Konsumenten zu den äußerlich sichtbaren Wirkungen wie Gewichtsverlust können den Substanzmissbrauch fördern. (vgl. Graue Literatur 2, S.19)

3.2 Langzeitfolgen

Neben dem bereits genannten Gewichtsverlust, sind auch andere physische Nebenwirkungen möglich. Zu ihnen gehören u.a. die Schädigung der Zähne, der Niere oder anderer Organe, Hautveränderungen, Herzrhythmusstörungen und Hirnblutungen. (vgl. Graue Literatur 1, S.12)

Die Nachwirkungen manifestieren sich als Entzugssyndrom (vgl. Rommelspacher 1999, S.229) und zeigen die gegenteilige Wirkungen der zuvor positiv erlebten kurzfristigen Folgen. In dieser Phase des Entzugs können erhöhte Ängstlichkeit, starke Müdigkeit, Depressionen und Konzentrationsstörungen von den Konsumenten erlebt werden. (vgl. Graue Literatur 3, o.S.) Weitere körperliche Begleiterscheinungen können vermehrte Schweißausbrüche, Zittern oder Sehstörungen sein (vgl. Rommelspacher 1999, S.229).

Längerfristig können sich auch kognitive Störungen ausbilden, denn der chronische Konsum kann zum „Absterben von Nervenzellen“ und zu „Hirnblutungen“ führen (vgl. Graue 2

Literatur, S.21f). Zudem hat der Konsument ein erhöhtes Risiko psychisch zu erkranken z.B. an Depressionen (vgl. Graue Literatur 1, S.12) und „Psychosen“ mit „paranoiden Symptomen“ (Rommelspacher 1999, S.229).

4 Crystal Meth konsumierende Mütter und ihre Kinder

In diesem Kapitel wird zunächst eine Charakterisierung von konsumierenden Mütter vorgenommen, indem die Lebenssituation und Motive der Konsumentinnen in Deutschland beschrieben werden. Da die Datenlage zu Crystal Meth Konsumenten in Deutschland spärlich ist, können lediglich zwei nicht repräsentative Studien herangezogen werden, in denen diese Konsumgruppen in Deutschland erstmals identifiziert wurden. Aus diesem Grund ist die Charakterisierung möglicherweise nicht ganz zuverlässig und lässt keine Schlüsse auf die Gesamtheit aller Konsumenten zu. Sie stellt keine Verallgemeinerung von Konsumentinnen mit Kind dar. Vielmehr werden die Lebenssituation und Auswirkungen des Konsums verdeutlicht, um den Unterstützungsbedarf dieser Zielgruppe zu erfassen.

Die Kinder konsumierender Mütter wachsen sofern sie nicht fremd untergebracht sind im gleichen Haushalt der Eltern auf. Sie sind je nach Alter abhängig vom elterlichen Verhalten und Lebensweise. Sie können sich auch den Lebensbedingungen der Eltern nicht entziehen, sodass die Lebenssituation der Mütter Rückschlüsse auf den Alltag der Kinder zulässt.

Um gesund aufwachsen zu können, müssen kindliche Grundbedürfnisse befriedigt werden und Bedingungen für eine ausreichende materielle und emotionale Versorgung gegeben sein. Diese Aspekte werden in Kapitel 4.2 thematisiert.

Der Crystalkonsum beeinflusst die Konsumentin. Ihr Alltag und elterliches Verhalten verändert sich (Kapitel 4.3.). Diese Auswirkungen betreffen auch das Kind und wirken sich auf die Grundbedürfnisbefriedigung und die Einhaltung von Basiskriterien aus (siehe Kapitel 4.4 und 4.5).

4.1 Zur Charakterisierung der Konsumentengruppe Frauen mit mindestens einem Kind

In einer Studie des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg wurden Personengruppen mit Amphetamin und Methamphetamin Missbrauch mit Wohnsitz in Deutschland identifiziert. So wurden insgesamt 392 Konsumenten in empirischen quantitativen, sowie qualitativen Befragungen, u.a. nach ihren Konsumgewohnheiten

und -motiven befragt. Zusätzlich wurden Internetplattformen ausgewertet. Ziel der Untersuchung war es, Informationen über aktuelle und ehemalige Konsumierende des letzten Jahres zu erhalten, um auf dieser Basis zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen entwickeln zu können. Die nicht repräsentative Studie umfasste den Zeitraum von Juli 2013 bis Februar 2014. (vgl. Degkwitz u.a. 2014, S.7)

In einer anderen Studie „Crystal und Familie“ des Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung (DISUP) wurden ebenfalls Erkenntnisse zur „familiären Situation von Methaphetaminkonsumenten“ und ihrer Kinder gewonnen. (Dyba u.a. 2015, o.S.) Diese wurden mit Hilfe der Auswertung von Fallakten von sächsischen Suchthilfeeinrichtungen, mit „qualitativen Interviews“, „standardisierten Psychodiagnostik der Kinder“ und mit „Fokusgruppen“ erhoben (Dyba u.a.2015, o.S.). Insgesamt wurden 1.306 Akten ausgewertet und 28 Interviews geführt. Die Studie umfasste den Zeitraum von 2014 bis 2015 und wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMfG) gefördert. (vgl. Dyba u.a. 2015, o.S.).

Diese beiden Studien bilden die Grundlage für die Charakterisierung konsumierender Mütter in dieser Arbeit. Sie untersuchten u.a. die sozioökonomischen Lebensbedingungen von Konsumenten. Hervorzuheben ist, dass mit der Studie des ZIS Hamburg erstmals eine derartige Identifikation von Konsumgruppen in Deutschland erschlossen wurde (vgl. Kuhlmann/ Wurst 2016, S.9). Dabei gelten Frauen mit Kindern aus verschiedenen Gründen als besonders erwähnenswerte Gruppe. Bereits 1997 identifizierte Klee in Großbritannien diese Konsumentengruppe. Er bezeichnete sie als „Young Mums“. In der deutschen Übersetzung umschrieb Hertel-Petri sie als „Junge Mütter, die trotz aller Belastung das Leben genießen wollen“ (Hertel- Petri o.J., o.S., zit. n. Degkwitz u.a. 2014, S.13). Es wurde festgestellt, dass diese Gruppe von konsumierenden Eltern auch in Deutschland vertreten ist, denn 23% der 187 befragten Konsumenten hatten mindestens ein Kind (vgl. Degkwitz u.a. 2014, S. 32). Dass Konsumenten häufig Eltern sind, zeigte sich auch in der Studie vom DISUP. In der Analyse von 306 Akten aus den sächsischen Suchthilfeeinrichtungen wurden 529 Kinder erfasst. Dies entsprach 1,73 Kinder pro Beratungsfall. (vgl. Dyba u.a. 2015, o.S.)¹ Aus dem Drogenkonsum können sich Risiken für das Kind ergeben. Deshalb wurden Eltern als besondere Risikogruppe erkannt. Sie äußerten, durch den Konsum nicht in der Lage zu sein, ihre Rolle als Eltern ausreichend wahrnehmen zu können. (vgl. Degkwitz u.a.

¹ Anmerkung: In der Studie wurden 306 Fallakten analysiert, die von den kooperierenden, sächsischen Suchthilfeeinrichtungen, darunter drei Suchtberatungsstellen und einem Klinikum der Drogenhilfe, zur Verfügung gestellt wurden. Akten wurden unter Erfüllung von vier Kriterien eingeschlossen, dass 1. mehr als ein Kontakt mit der Beratungsstelle stattfand, 2. Crystal als Beratungsanlass dokumentiert wurde und 3. das Aufsuchen der ambulanten Beratungsstelle 2013 oder 2014 stattfand und 4. Kinder wurden nur gezählt, wenn der Erwachsene das leibliche Elternteil oder Stiefeltern- teile eines minderjährigen Kindes ist oder eine Schwangerschaft vorliegt. (vgl. Dyba u.a. 2015, o.S.).

2014, S.64) Auch die ehemals konsumierende Mutter von drei Kindern berichtete im Interview, dass sie mit sich selbst, der Droge und ihrer Suchtbefriedigung beschäftigt war und sich nicht auf ihre Kinder konzentrieren konnte. Schließlich meldete sie sich freiwillig beim Jugendamt, damit ihre Kinder versorgt und die Risiken für die Kinder vermieden wurden (vgl. Interview 2, Zeile 51-53).

Ein weiterer Grund für Frauen als riskante Konsumgruppe ist die Möglichkeit einer ungeplanten Schwangerschaft während des Konsums. Die sexuell verstärkende und enthemmende Wirkung der Droge begünstigt das riskantere Verhalten beim Sex und die damit verbundene Folge der Schwangerschaft (vgl. Degkwitz u.a. 2014, S.81) Zudem befinden sich die meisten der ausschließlich C-Konsumentinnen (n= 47, davon 11 weiblich) aufgrund des relativ jungen Durchschnittsalter des Erstkonsums von 21, 9 Jahren und dem allgemeinen Durchschnittsalter der befragten C-Konsumenten von 28,9, im gebärfähigen Alter (vgl. Degkwitz u.a. 2014, S.31). Diese Möglichkeit kann in der Studie des ZIS in Hamburg nur vermutet werden, da mit 73% überwiegend männliche Personen befragt wurden (N=187). (vgl. Degkwitz u.a. 2014, S.32). Die Studie des DISUP bestätigte das niedrige Durchschnittsalter der Konsumenten mit 30,0 Jahren und stellte aus der Analyse der 309 Fallakten der Suchthilfeeinrichtungen fest, dass 29% der weiblichen Konsumentinnen während der Beratung bzw. Behandlung schwanger waren. (vgl. Dyba u.a.2015, o.S.).

Durch den Substanzmissbrauch während der Schwangerschaft kann es schon vor der Geburt zu Schädigungen auf das Kind kommen (vgl. Degkwitz u.a. 2014, S.81). Dreißig der 49 schwangeren Klientinnen nahmen auch während der Schwangerschaft Drogen (vgl. Dyba u.a. 2015, o.S.).² In der Praxis wird für die Neugeborenen umgangssprachlich der Begriff „Crystal Kinder“ verwendet (vgl. Degkwitz u.a. 2014, S.81).

Neben dem jungen Durchschnittsalter des Erstkonsums leben Crystal Konsumenten oft in schwierigeren Verhältnissen oder haben traumatische Erfahrungen erlebt. Ca. 70% sind in Kindheit und Jugend Opfer von Missbrauch und Gewalt geworden. (vgl. Dyba u.a. 2015, o.S.) In der Studie des ZIS Hamburg gaben sogar 81, 7 % der Konsumenten an, mit mindestens einem belastenden Erlebnis vor dem 18. Lebensjahr konfrontiert worden zu sein (vgl. Degkwitz u.a. 2014, S. 48). In dieser Untersuchung wurde das „Adverse Childhood Experience Questionnaire“ verwendet. (Degkwitz u.a. 2014, S. 48)

¹ Anmerkung: In der Studie wurden 306 Fallakten analysiert, die von den kooperierenden, sächsischen Suchthilfeeinrichtungen, darunter drei Suchtberatungsstellen und einem Klinikum der Drogenhilfe, zur Verfügung gestellt wurden. Akten wurden unter Erfüllung von vier Kriterien eingeschlossen, dass 1. mehr als ein Kontakt mit der Beratungsstelle stattfand, 2. Crystal als Beratungsanlass dokumentiert wurde und 3. das Aufsuchen der ambulanten Beratungsstelle 2013 oder 2014 stattfand und 4. Kinder wurden nur gezählt, wenn der Erwachsene das leibliche Elternteil oder Stiefelternteil eines minderjährigen Kindes ist oder eine Schwangerschaft vorliegt. (vgl. Dyba u.a. 2015, o.S.).

41,7 Prozent der Konsumenten sind arbeitslos. 10,2 % sind arbeitsunfähig. Fast die Hälfte der Methamphetamin Konsumenten hat lediglich ein Nettoeinkommen bis zu 600 Euro. (vgl. Degkwitz u.a. 2014, S.33). Das DISUP verzeichnete eine niedrige Berufstätigkeit von nur 16 % (vgl. Dyba u.a. 2015, o.S.).

Um diese belastenden Situation von geringem Verdienst, Arbeitslosigkeit oder sonstigen schwierigen Gegebenheiten auszuhalten, nutzen viele der Konsumenten die Droge. Sie wollen „ihr Leben ertragen“, die positiven Effekte erleben und „ihre Stimmung aufhellen“ (Degkwitz u.a. 2014, S.39). Für 78,6 % ist das Konsummotiv somit die Problembewältigung (vgl. Dyba u.a. 2015, o.S.).

Konsumort ist überwiegend das Zuhause, denn ca. 58,8 Prozent der 187 Befragten gaben an, dort in der Freizeit und auch während des Berufsalltags zu konsumieren. (vgl. Degkwitz u.a. 2014, S.38). An die Droge gelangen 77,6 % über ihr persönliches Umfeld wie Freunde, Bekannte oder den Lebenspartner. Nur 26,6 Prozent der Konsumenten beschaffen sich die Droge durch Außenstehende über das grenznahe Ausland. (vgl. Degkwitz u.a. 2014, S.38). Für die Praxis von Hilfen ist das eine relevante Information, da das soziale Umfeld den Veränderungsprozess in der Familienarbeit der SPFH beeinflusst. Eine interviewte ehemalige Konsumentin berichtete, dass sie ihr Umfeld komplett wechselte, um den Ausstieg aus der Droge zu schaffen und ihr die stationäre Behandlung an einem anderen Ort geholfen habe. (vgl. Interview 2, Zeile 55-57)

Hervorzuheben ist auch, dass mehr als die Hälfte der C-Konsumenten (58,8 %) in keiner Partnerschaft lebt (vgl. Degkwitz u.a. 2014, S.32), so dass Konsumentinnen meist allein mit oder ohne Kinder leben, und von einem Partner keine Unterstützung im Alltag erleben können. Diese Zahl bestätigt sich auch in der Studie des DISUP. Danach gaben 91,3 Prozent der Konsumenten ledig, geschieden oder getrennt als Familienstand an (vgl. Dyba u.a. 2015, o.S.).

Laut DISUP leben 34,8% Kinder fremd untergebracht. Fast ebenso viele leben im Haushalt der konsumierenden Person. Bei 26,7 % der Konsumenten mit Kind wurde eine SPFH veranlasst, so dass diese als Hilfeleistung für die Praxis in der Arbeit mit konsumierenden Müttern relevant ist. (vgl. Dyba u.a. 2015, o.S.)

Zudem weisen die Konsumenten „vermehrt impulsive und emotional distanzierte und psychotische Verhaltensweisen“ auch gegenüber dem Kind auf (Dyba u.a. 2015, o.S.), die das gesunde Aufwachsen von Kindern behindern können. Ihre Kinder waren durch die Verhaltensänderungen belastet. Konsumierende Eltern sind sich der schädlichen Folgen für das Kind bewusst und reagieren mitunter mit Schuldgefühlen. (vgl. Dyba u.a. 2015, o.S.).

4.2 Gesundes Aufwachsen von Kindern

Im vorangehenden Teil wurden bereits Wirkungen und Folgen des Konsums beschrieben. In diesem Kapitel wird erläutert, was Kinder brauchen, um gesund aufwachsen zu können. Vorgestellt wird das theoretische Konzept nach Maslow zu den Grundbedürfnissen von Menschen. Der Fokus liegt auf der Entwicklung von Kindern und ihr gesundes Aufwachsen. Die Autorin beschreibt die minimalen Anforderungen, die an die im Haushalt lebenden Erziehungsberechtigten gestellt werden, damit ein Kind im Haushalt verbleiben kann und ambulante Hilfen z.B. in Form einer SPFH aufgenommen werden können. Diese sog. Basis-kriterien und Grundbedürfnisse sind nicht für ein gesundes Aufwachsen von Kindern oder für die Gewährleistung des Kindeswohl verbindlich. Sie stellen lediglich theoretische Ansätze dar. Kinder können auch unter widrigen Umständen gesund aufwachsen, indem sie Resilienzen oder ein Kohärenzgefühl entwickeln. Resilienzen wurden in verschiedenen Konzepten untersucht und beschrieben. Das Kohärenzgefühl ist mit dem bekannten Konzept der Salutogenese von Anton Antonovsky (1997) für die Praxis immer noch relevant. In dieser Arbeit liegt der Fokus nicht auf der Resilienz Forschung, sondern auf der Prävention und Vermeidung von Kindeswohlgefährdung. Durch die Hilfe zur Erziehung soll verhindert werden, dass das Kind unter widrigen oder gar lebensbedrohlichen Umständen aufwächst.

4.2.1 Grundbedürfnisse von Kindern

Kinder und Erwachsene haben verschiedene Bedürfnisse, die befriedigt werden müssen. Je nach Alter und Entwicklungsstufe sind diese unterschiedlich. Abraham Maslow (1981), ein Vertreter der humanistischen Psychologie, hat die Grundbedürfnisse von Menschen in fünf Kategorien eingeteilt. Seine Erkenntnisse sind immer noch für theoretische Modelle zu menschlichen, insbesondere auch kindlichen Bedürfnissen, relevant.

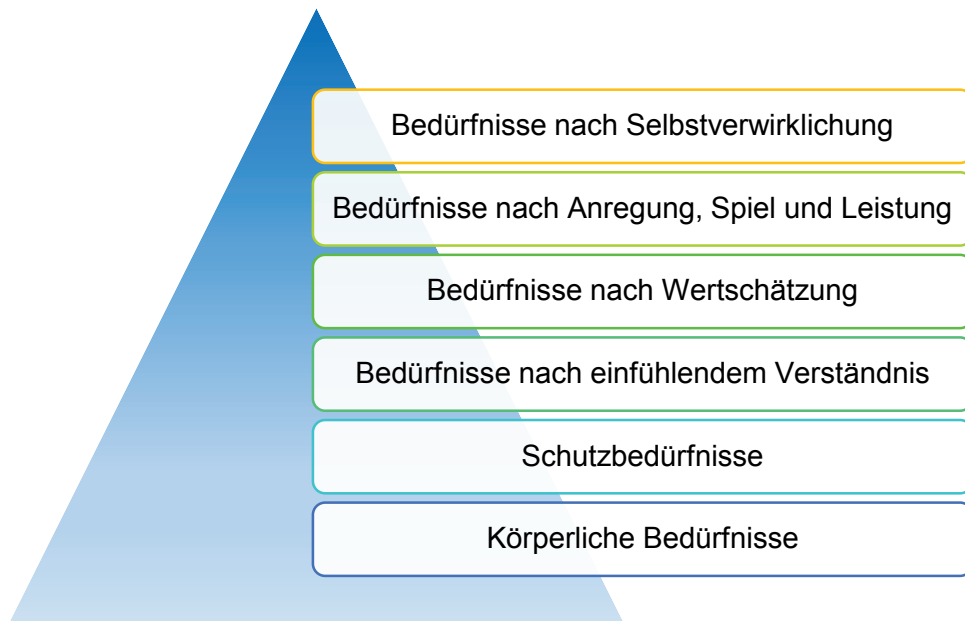


Abb. 3: Grundbedürfnispyramide von Kindern (Quelle: eigene Darstellung nach Maslow 1983, o.S. zit. n. Schrappner 2012, S.61)

Primär als Ausgangsebene werden die physiologischen Bedürfnisse genannt, wie die Aufnahme von Nahrung, ohne dessen Befriedigung ein Mensch nicht lange überleben kann. Auf der zweiten Ebene des Modells werden Schutzbedürfnisse aufgezählt, gefolgt von sozialen Bedürfnissen wie Zugehörigkeit z.B. zu einer Gemeinschaft oder Familie. Anschließend werden individuell bezogene Bedürfnisse wie die wertschätzende Anerkennung von Anderen als Mensch hinzugefügt. Zuletzt steht in der pyramidalen Darstellung auf höchster Stufe das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung. (vgl. Hechler 2011, S.22)

Bei den kindlichen Bedürfnissen werden häufig noch die „Bedürfnisse nach Anregung, Spiel und Leistung“ genannt, die beim Erlernen von neuer Umweltbedingungen, sowie allgemein für die kindliche Entwicklung grundlegend sind (Schmidtchen 1989, S.106, zit. n. Schrappner 2012, S.60).

Brazelton und Greenspan (2002) gehen von sieben Grundbedürfnissen aus. Zusätzlich formulieren sie neben den bereits genannten Kriterien wie „liebvolle Beziehungen“ und „körperliche Unversehrtheit“ noch „Erfahrungen, die auf individuelle Unterschiede geschnitten sind“ und „entwicklungsgerecht“ sind, „Grenzen und Strukturen“ und eine „sichere Zukunft“ als Grundbedürfnisse. (Brazelton / Greenspan 2002, o.S, zit. n. Hechler 2011, S. 23.)

Aus den Grundbedürfnissen lassen sich Kriterien formulieren, die für das Wohl des Kindes notwendig sind. Anhand der Faktoren können auch potentielle Kindeswohlgefährdungen eingeschätzt oder zumindest vermutet werden.

Fegert (1999) bezeichnet diese Kriterien als „Basic Needs“ (Fegert 1999, S.66-73 zit. n. Schrappner 2012, S.60).

4.2.2 Basiskriterien zur Einschätzung der Situation von Kindern drogenabhängiger Eltern

Auch im Schirm Projekt wie auch in anderen sozialpädagogischen Projekten werden die sog. Basiskriterien genutzt (vgl. Arenz-Grievig / Kober 2007, S. 39). In diesem Projekt sind die Erfüllung der Kriterien eine Voraussetzung für die Aufnahme einer SPFH und den Verbleib des Kindes im Haushalt (vgl. Jugendwerkstatt „Frohe Zukunft“ Halle-Saalekreis e.V. 2014, o.S.). Sie wurden speziell für die Einschätzung der Situation von Kindern drogenabhängiger Eltern in Amsterdam entwickelt (vgl. Arenz-Grievig / Kober 2007, S.39). Diese stellen minimale Ansprüche einer Grundversorgung für ein Kind dar (vgl. Arenz-Grievig / Kober 2007, S.39). Sie umfassen eine ausreichende Versorgung bezüglich Strom- und Wasserversorgung und Hygiene in der Wohnung und beziehen basale Grundbedürfnisse wie Ernährung und zusätzlich Körperhygiene mit ein. Gewährleistet werden sollen auch finanziellen Ressourcen, die zur Aufrechterhaltung des Lebens notwendig sind. (vgl. Arenz-Grievig / Kober 2007, S.39)

Hinzu soll eine ausreichende Gesundheitsvorsorge in der Familie vorhanden sein. Diese umfasst das Aufsuchen eines Arztes bei Krankheit, aber auch präventive Maßnahmen, wie Vorsorge und Impfungen. (vgl. Arenz-Grievig / Kober 2007, S.39)

Neben diesen Bereichen wird von den Erziehungsberechtigten erwartet, dass diese eine klare und verlässliche Tagesstruktur für das Kind vorgeben und altersgerechte Betreuungsangebote nutzen. Ebenso ist für das gesunde Aufwachsen ist mindestens eine Bezugsperson und die „Gewährleistung der Aufsichtspflicht“ wichtig. Zusätzlich neben den minimalen Standards soll das Kind „pädagogische Förderung, Erziehung und emotionale Zuwendung“ bekommen. (Arenz-Grievig / Kober 2007, S.40)

Diese Kriterien können Mitarbeitern der SPFH eine Hilfe sein, um die Versorgungslage des Kindes einzuschätzen und zu entscheiden, ob eine Hilfe zur Erziehung aufgenommen werden soll (vgl. Arenz-Grievig/ Kober 2007, S.40).

4.3 Auswirkungen auf den Alltag konsumierender Mütter und Konsequenzen für das elterliche Verhalten

Im Alltag spiegelt sich der Konsum in verschiedenen Bereichen wider. Konsumentinnen vernachlässigen die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit, da sie weder Durst- noch Hungergefühl verspüren. Manche Frauen schätzen den Gewichtsverlust durch die Droge. (vgl. Graue Literatur 1, S.20) Andere berichten, dass sie Tätigkeiten des Haushalts intensiver nachgehen könnten und nutzen die Droge funktional, um Aufgaben im Alltag effektiver bewältigen zu können (vgl. Daumann / Gouzoulis-Mayfrank 2015, S.91)

Durch den Substanzmittelmissbrauch haben die Mütter eine verzerrte Wahrnehmung. Diese wirkt sich auf ihr Selbstbild und die Einschätzung ihrer Fähigkeiten aus.

Sie sind häufiger der Meinung als nicht konsumierende Mütter, dass sie ungeeignete Eltern seien (vgl. Lenz 2009, S.20) Unter Umständen kann das eine realistische Annahme sein, wenn wegen des Konsums die Pflichten als Eltern nicht mehr ausgeübt werden können. Jedoch kann diese Annahme auch objektiv unbegründet sein, da die Verzerrungen und die weitere Nachwirkung der Droge negative Auswirkungen auf die Psyche und das Selbstwertgefühl haben können.

Des Weiteren bewerten die Konsumentinnen auch ihre Lebenssituationen verändert. Das kann zu „Fehleinschätzungen von Situationen“ (Barsch u.a. 2016, S.62) und somit auch zu einer Kindeswohlgefährdung führen.

Bei längerfristigen Konsum oder hoher Dosierung von Crystal Meth können sich Psychosen ausbilden, welche mit „paranoiden Symptomen“ gekoppelt sind. Die Konsumenten erleben „Wahnvorstellungen“ oder „Angstzustände“ (Rommelspracher 1999, S.229), die ihren Alltag und ihr elterliches Verhalten bestimmen. Die Erkrankung stellt ein zusätzliches Risiko für das Wohl des Kindes da.

Die Droge hat Auswirkungen auf den weiblichen Zyklus, so dass Menstruationsbeschwerden auftreten können, die dennoch keine Schwangerschaft verhindern. (vgl. Graue Literatur 1, S.20).

Crystal Meth Konsumenten können bisher nicht von wirkungsvollen und medizinisch erprobten Substitutionsbehandlungen profitieren, wie sie beispielsweise bei anderen illegalen Drogen mit Methadonpräparaten durchgeführt werden. Aus diesem Grund können starke Entzugerscheinungen nicht reduziert werden, die unter Umständen Rückfälle begünstigen. (vgl. Kuhlmann 2016, S.8)

4.4 Auswirkungen auf die Grundbedürfnisbefriedigung von Kindern Crystal konsumierender Eltern

Es gibt es gibt keine allgemein gültigen Aussagen über die Auswirkungen auf das elterliche Verhalten, da die Droge sehr individuell wirkt und u.a. vom Konsumverhalten abhängt. (vgl. Barsch u.a. 2016, S.61). Trotzdem geht man davon aus, dass Kinder, die mit einem illegal substanzmissbrauchenden Elternteil zusammenleben, prekären Situationen und zusätzlichen Belastungen ausgesetzt sind. (vgl. Klein 2006, S.4)

In diesem Kapitel werden diese Faktoren und ihre Auswirkungen auf die Befriedigung kindlicher Grundbedürfnisse thematisiert. Letztere wurden im Kapitel Gesundes Aufwachsen von Kinder erklärt und erläutert.

Körperliche Bedürfnisse

Bei drogenkonsumierenden Eltern kann es zu einer Vernachlässigung der körperlichen Bedürfnisse des Kindes kommen.

Diese Situation tritt auf, wenn sich konsumierende Eltern beispielsweise auf sich und den Drogenkonsum fokussieren und dementsprechend geistig oder körperlich abwesend sind, z.B. in Rauschzuständen oder Erschöpfungsphasen nach dem Konsum. (vgl. Graue Literatur 3, o.S.). Die interviewte ehemalige Konsumentin beschreibt diesen Zustand als schwierig und belastend. Sie sagt, dass man die halbe Zeit damit beschäftigt sei, seine Sucht zu befriedigen und die andere Hälfte versuche man den Tag zu gestalten. Das sei schlimmer als ein Job. Man werde nicht bezahlt. Und es mache einen kaputt. (Interview 2, Zeile 66-68) Laut ihrer Aussage im Verlauf des Interviews bliebe auch keine Zeit und keine Konzentrationsfähigkeit mehr für die Kinder. (vgl. Interview 2, Zeile 24-25) Dadurch könne sie ihren Pflichten als Elternteil nicht mehr nachkommen, zu denen auch die zuverlässige und regelmäßige Betreuung und Versorgung der Kinder gehöre.

Die Mutter spricht des Weiteren über die Schwierigkeiten der Aufrechterhaltung und Organisation eines strukturierten Tagesablaufs. Dieser Aspekt stellt das suchtblastete Elternteil vor eine besondere Herausforderung, da Konsumenten häufig durch die Wirkung bzw. Nachwirkung der Methamphetamine ein vermindertes Zeitgefühl erleben (vgl. Barsch u.a. 2016, S.62).

Sie selbst verspüren während des Konsums kein Hunger- und Durstgefühl (vgl. Graue Literatur 1, S.11) Wenn ein Elternteil seine Nahrungsaufnahme einschränkt, kann dies auch Auswirkungen auf die Versorgung mit Lebensmitteln für die Kinder haben. Dann wird sie

vergessen oder nicht berücksichtigt. Ebenfalls kann Armut zu einer Unterversorgung mit lebensnotwendigen Gütern und einer Mangelernährung führen.

Die weiteren kindlichen Bedürfnisse nach Körperkontakt und Nähe erfüllen Eltern mitunter nicht oder nur unzureichend, wenn sie von konsumbedingter „emotionaler Verflachung“ betroffen sind (Barsch u.a. 2016, S.62).

Schutzbedürfnisse (vor Gefahren, Krankheiten)

Konsumentinnen können den Schutzbedürfnissen des Kindes nicht ausreichend gerecht werden. Die Suchterkrankung an sich stellt eine Gefahr für das Wohl des Kindes dar und kann vom Kind als Bedrohung wahrgenommen werden.

„Körperliche Unversehrtheit“ kann durch das Elternteil selbst gefährdet sein, da es häufiger zu Gewalterfahrungen kommt. „Wenn jemand Crystal nimmt und aggressiv übersteigert ist, dann kann auch mal sein, dass da die Hand leichter ausrutscht“, berichtete der Familienhelfer des Schirm Projekts (Interview 1, Zeile 196-197).

Auch die Sicherheit von stabilen und liebevollen Bindungen spielt eine wichtige Rolle in der Entwicklung des Kindes. Wenn die Bindungen nicht sicher ausgebildet werden konnten, kann das Urvertrauen gestört werden. Das hat Auswirkungen auf die weiteren Beziehungen im Leben des Kindes (vgl. Graue Literatur 4, S.42). Es kann zu der Ausbildung von Entwicklungsstörungen führen. Die Kinder lernen, dass sie nicht auf ihre Bezugspersonen vertrauen können (vgl. Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) 2010, S.8). Dadurch wird das Bedürfnis nach Stabilität und Sicherheit nicht erfüllt.

Das Kind lebt zudem in der Angst vor der Trennung seiner Eltern. Es finden häufig Fremdunterbringungen statt, die aufgrund von Entwöhnungsbehandlungen oder Gefängnisaufenthalten ihrer Eltern oder eines Elternteils veranlasst wurden. Diese Trennungen können ebenfalls negative, belastende Situationen darstellen, die entwicklungspsychologische Fortschritte hemmen und Störungen des Verhaltens begünstigen. (vgl. Lenz 2009, S.19f)

Anderen belastende Erlebnissen und Einschnitten in das Sicherheitsbedürfnis wie das Erleben traumatischer Erfahrungen in Form von Beschaffungskriminalität der Eltern sind Kinder illegal Drogenabhängiger häufiger als Kinder alkoholkranker Eltern ausgesetzt (vgl. Na-coa Deutschland o.J., o.S.).

Auch finanzielle Ressourcen spielen bei der Befriedigung der körperlichen Bedürfnisse eine Rolle und beeinflussen das Sicherheitsbedürfnis. Die Kinder drogenkonsumierender Eltern

leben oft in materieller Not, die durch Arbeitslosigkeit der Eltern, schlechte Wohnverhältnisse und eine unzureichende Versorgung mit Nahrungsmitteln gekennzeichnet sein kann. (vgl. Nacoa Deutschland o.J., o.S.) Das meist geringe Nettoeinkommen von Crystal Konsumenten (vgl. Degkwitz u.a. 2014, S.33) äußert sich dann in einer schlechten Versorgung der Kinder und kann potentiell zu Zukunfts- und Existenzängsten beim Konsument und Kind führen. Hinzu kommt die fortwährende Angst und Sorge um die Gesundheit der Eltern bzw. des Elternteils (vgl. Klein 2005, S.55).

Gesundheitssorgen treten erneut auf, wenn Kinder erleben, wie ihre Eltern neben der Suchterkrankung noch andere psychische Störungen ausbilden. Das Kind erlebt, wie Eltern beispielsweise depressive Anzeichen entwickeln. Es fühlt sich überlastet und verunsichert. (vgl. Klein 2003, S. 365)

Die Bedürfnisse nach einfühelndem Verständnis

Zu diesem Bedürfnis gehört die Verständigung und Interaktion mit den Eltern und der Zusammenhalt in der Familie. Auch die soziale Zugehörigkeit in Beziehungen im näheren Umfeld der Familie, des Bekannten- und Freundeskreises und der Gesellschaft definieren diesen Aspekt.

Die Kommunikation mit den Eltern ist geprägt durch die Ambivalenz und das unberechenbare Verhalten der drogenkonsumierenden Eltern bzw. des Elternteils. Es führt dazu, dass das Kind keine ausreichende Kontrolle durch seine Handlungen in seinem Umfeld ausüben kann. Es fühlt sich verunsichert, hilflos und lebt in ständiger Anspannung (Graue Literatur 4, S.42).

Kinder spüren oft die disharmonische Atmosphäre und erleben oft dysfunktionale Interaktionen in der Familie, inklusive Stimmungsschwankungen der konsumierenden Person, die durch den Substanzmissbrauch hervorgerufen werden (vgl. Graue Literatur 4, S.42). Das heißt, die erwachsene Person ist entweder euphorisch, weil sie die Droge vor kurzem konsumiert hat oder ihre Stimmung enthält belastende Symptome des Entzugssyndroms. (vgl. Graue Literatur 1, S.24). Barsch u.a. (2016) bezeichnet die Gemütsveränderungen als „Stimmungslabilität“ (S.63). Die Kinder würden laut Familienhelfer sehr sensibel auf die Stimmungsschwankungen der Eltern reagieren. „Sind immer auf der Hut. Wie ticken meine Eltern? Sind die heute gut drauf? Sind sie schlecht drauf? Kann ich sie ansprechen? Kann ich sie nicht belasten mit meinen Bedürfnissen?“ (Interview 1, Zeile 192-194) oder sie würden sogar zusammenzucken, wenn Vater oder Mutter, die Stimme erhebt (Interview 1 Zeile 194-195). Deshalb interagieren die meisten Kinder laut Aussage des Familienhelfers mit

den Eltern vorsichtig, manchmal ängstlich und zurückhaltend, je nach Gemütszustand der Eltern (vgl. Interview 1, Zeile 198-200)

Die Droge beeinträchtigt in erheblicher Weise die Emotionalität der Eltern, d.h. neben den genannten Stimmungsschwankungen, kann auch eine erhöhte emotionale Abgestumpftheit und Aggressivität verzeichnet werden (vgl. Barsch u.a. 2016, S.62). Mitunter zeigen Mütter sog. „aversives Verhalten, sie kommandieren, drohen, provozieren und kritisieren häufiger“ (Hogan 1998, o.S., zit. n. Lenz 2009, S.20). Folglich würde der Dialog zwischen Mutter und Kind weniger emphatische und unterstützende Worte beinhalten, sondern das Kind in die Rolle des gehorchenden und unterdrückten Individuums zwingen. Zuzuordnen wäre das Verhalten dem autoritären Erziehungsstil, der durch einen harschen Umgangston charakterisiert und wenig bzw. nicht feinfühlig ist.

Feinfühligkeit ist besonders für die Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern wichtig. Dabei sollte das Elternteil in der Lage sein, sich in das Kind hinein zu fühlen, seine Bedürfnisse realistisch einschätzen und diese auch angemessen zu beantworten. Der Säugling fordert ihre Aufmerksamkeit und die elterlichen Bezugspersonen müssen dazu fähig sein, eigene Bedürfnisse zurückzustellen (vgl. Künster / Ziegenhain 2014, S.22).

Zu den Anforderungen an feinfühlige Eltern zählt auch „emotionale Wärme“ (Künster / Ziegenhain 2014, S.23) Durch die genannte Abgestumpftheit der Crystal Konsumenten können im persönlichen Dialog mit dem Kind verbal und nonverbal Gefühle nicht geäußert werden. Sie zeigen sich als Gefühlskälte. Ähnlich wenig ansprechende Kommunikation erleben auch Kinder psychisch erkrankter Eltern. Crystal konsumierende Eltern sind häufig neben der Abhängigkeit von weiteren psychischen Erkrankungen betroffen oder zeigen ähnliche Symptome im Entzugssyndrom. (vgl. Graue Literatur 1, S.12). Wenn diese elterlichen Anforderungen des Kindes nicht erfüllt werden können, hat das negative Konsequenzen für die Bewältigung von Stress und die Regulation von Emotionen (vgl. Künster / Ziegenhain 2014, S.22f).

Eltern sind durch die Beeinflussung der Droge geistig oder körperlich abwesend. Sie zeigen Konzentrationsstörungen (vgl. Graue Literatur 3, o.S.), so dass eine Verständigung zwischen Kind und Erziehungsberechtigten entweder eingeschränkt, selten und im Extremfall nicht mehr stattfindet.

Das kindliche Bedürfnis nach dem einfühlsamen Verständnis umfasst auch die Zugehörigkeit zur Familie. Der Zusammenhalt kann durch Trennungen als belastendes, familienbiografisches Ereignis des Kindes, wie beispielsweise Inobhutnahmen beeinträchtigt werden. (vgl. Nacoa Deutschland o.J., o.S.). Neben Diskontinuität gefährden Krisen in den wechsel-

seitigen Beziehungen das Zusammenleben der Familie. Dazu zählen auch Loyalitätskonflikte. Das Kind ist dann verunsichert, steht zwischen den Eltern und gibt sich möglicherweise noch die Schuld an der Drogensucht der Eltern oder der gegenwärtigen krisenhaften Situation. (vgl. Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) 2010, S. 8). Es fühlt sich unverstanden, überfordert und alleingelassen mit den Problemen in der Familie, wenn keine anderen zuverlässigen Ansprechpartner vorhanden sind.

Verständnis kann das Kind auch außerhalb der Familie, im sozialen Umfeld erfahren. Meistens ist die Familie durch die Illegalität der Droge und die damit verbundene Stigmatisierung stärker von sozialer Desintegration betroffen, da ihre Eltern einen „andersartigen Lebensstil“ (Klein 2003, S.365) führen und sich oft isolieren. (vgl. Klein 2003, S.365).

Auch die Notlagen von Eltern, Kriminalität und der damit einhergehende niedrige sozioökonomische Status beeinflussen mitunter soziale Zugehörigkeit auf negative Weise und können zur Randständigkeit in der Gesellschaft führen (Klein 2003, S.365).

Das bedeutet, dass auch dieser Lebensbereich des Kindes kann möglicherweise nicht ausreichend ausgebildet ist, wenn nicht entsprechende Vorkehrungen wie die Betreuung durch pädagogische Fachkräfte, die Eingliederung in das Bildungssystem oder andere externe Angebote einer Exklusion entgegenwirken.

Das Bedürfnis des Kindes nach Wertschätzung

Das Kind möchte als Individuum anerkannt und wertgeschätzt werden. Aufgrund der bereits genannten Probleme der konsumierenden Erziehungsberechtigten kann dieses Bedürfnis mit hoher Wahrscheinlichkeit nur unzureichend befriedigt werden. Verzerrte Wahrnehmung und Konzentrationsstörungen (vgl. Barsch u.a. 2016, S.62) können dazu führen, dass das Elternteil seine Aufmerksamkeit nicht auf das Kind richten kann, da sie sich vorwiegend mit der Befriedigung der Sucht beschäftigen.

Physische und seelische Verletzungen erlebt das Kind durch bestrafendes, aggressives und gewalttätiges Verhalten von Eltern (vgl. Klein 2003, S.365). Folgen sind mitunter psychische Erkrankungen und ein niedriges Selbstwertgefühl (vgl. Klein 2003, S. 359 u. S. 366).

Bedürfnisse nach Anregung Spiel und Leistung

Die bereits erläuterte Problematik der substanzmittelabhängigen Eltern wirken sich auf die Kommunikation mit den Eltern und deshalb auch auf die Interaktion im Spiel aus. Unzureichende Förderung der Bezugspersonen des Kindes führt zu Entwicklungsdefiziten. Kinder erleben ihre Bezugspersonen als unzuverlässig und ihre Umwelt als gefährlich, wenn sie schutzlos Übergriffen, Unfällen und anderen traumatischen Erlebnissen ausgesetzt sind. Daraus können sich langfristig Bindungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten oder andere psychische Störungen entwickeln.

Es kommt zu einer Überforderung des Kindes, wenn es nicht alters- bzw. entwicklungsge-rechte Rollen und Aufgaben der Eltern übernehmen soll. In diesem Fall übernimmt es Verantwortung beispielsweise für jüngere Geschwister, für die erziehungsberechtigte Person oder den Haushalt und wird wie ein Erwachsener behandelt. (vgl. Lenz 2009, S.15). Diese Rollenverschiebung wird auch Parentifizierung genannt.

Diese in der Kindheit erlernten Rolle werden oft zum „festen Bestandteil der Persönlichkeit“ (Arenz-Grievig 2003, o.S.) des Kindes, d.h. im weiteren Leben können sie nicht mehr abgelegt werden. Sie haben häufig keine anderen Lösungsstrategien und Verhaltensmöglichkeiten gelernt. Mitunter entwickeln sie Störungen in der Kommunikation oder psychische Erkrankungen als Folge einer belasteten Kindheit. (vgl. Arenz-Grievig 2003, o.S.).

Bedürfnisse der Selbstverwirklichung

Wenn andere basale kindliche Bedürfnisse nicht befriedigt werden konnten, kommt es voraussichtlich nicht zu der Erfüllung von höheren Bedürfnissen wie der Selbstverwirklichung (vgl. Schrapp 2012, S.59f). Diese umfasst nach Schmidtchen (1989) die Umsetzung von eigenen Zielen, die Überwindung von Ängsten und Krisen und führt zu einem stabilen und positiven Selbstbild (vgl. S.106, zit. n. Schrapp 2012). Hemmende Faktoren materieller und psychischer Art wie beispielsweise Ängste, niedriges Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeitserwartungen stehen der Umsetzung von Zielen im Weg (vgl. Klein 2005, S.56).

Außerdem tragen diese Faktoren dazu bei, dass Kinder drogenabhängiger Eltern ein erhöhtes Risiko haben, im späteren Leben ebenfalls eine Suchterkrankung zu entwickeln. Sie beginnen mit dem Konsumieren von Drogen häufig schon in jungen Jahren und entwickeln psychische Krankheiten wie beispielsweise Depressionen und Essstörungen. Außerdem begünstigen sie die Entstehung von Verhaltensstörungen, wie Hyperaktivität und Impulsivität (vgl. Klein 2005, S.56)

4.5 Erfüllung von Basiskriterien und Crystalkonsum der Mütter

Die Basiskriterien sehen vor, dass minimale Standards bezüglich der Wohnsituation, Hygiene, Gesundheit, des Lebensunterhalts und der Nahrungsaufnahme eingehalten werden. (vgl. Arenz-Grievig /Kober 2007, S.39). Diese Kriterien sollen auch drogenkonsumierende Mütter erfüllen. Durch Überforderungen und zusätzlichen Belastungen wie psychischen Störungen (vgl. Graue Literatur 1, S.12) kann die Aufrechterhaltung des Haushalts potentiell gefährdet sein. Diese Kriterien sind vergleichbar mit den körperlichen Grundbedürfnissen des Kindes, die bereits ausführlich beschrieben wurden.

Eine Erziehungsperson soll eine verlässliche Bezugsperson sein, die für einen geregelten Alltag mit entsprechender Tagesstrukturierung und regelmäßigen Mahlzeiten sorgt. Das Kind soll beaufsichtigt werden und eine pädagogischer Förderung und emotionale Zuwendung erhalten. (vgl. Arenz-Grievig/ Kober 2007, S.39)

Drogenabhängige Mütter können sich angesichts fehlender Konzentration und Fokussierung auf sich selbst und die Droge nicht zuverlässig um das Kind kümmern (vgl. Graue Literatur 2, S.38). Damit sind sie keine beständigen Bezugspersonen und können die Aufsichtspflicht nicht kontinuierlich gewährleisten. Tagesstrukturierungen fallen ihnen durch mangelndes Zeitempfinden und Organisationsfähigkeit schwer (vgl. Barsch u.a. 2016, S.62). Anlässlich ihrer „emotionalen Verflachung“ (Barsch u.a. 2016, S.62) können sich auch Defizite in der emotionalen Zuwendung für das Kind ergeben.

Diese Kriterien werden im Einzelfall überprüft (vgl. Lenz 2009, S. 40). Folgen des Drogenkonsums können individuell ausfallen, so dass diese beschriebenen Auswirkungen hypothetisch sind und die Risiken für das Kind unterschiedlich ausfallen können. Dennoch ist eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für dieses Verhalten zu erwarten. (vgl. Barsch u.a. 2016, S.61)

4.6 Zwischenfazit

Regelmäßiger Drogengebrauch und Elternschaft sind in der Regel nicht zu vereinen. Trotz des Drogenkonsums wollen Konsumenten „gute Eltern“ sein (vgl. Barsch u.a. 2016, S.61). 78,6% der befragten Eltern nennen als Abstinenzgrund ihre Kinder bzw. die Vermeidung der Folgen des Konsums für die Kinder. (vgl. Dyba u.a. 2015, o.S.)

Auch im persönlichen Interview nannte die betroffene Mutter ihre Kinder als Hauptmotivation, mit dem Konsum aufzuhören, da sie sich ihrer Verantwortung bewusst sei und sie den Kindern eine Familie bieten möchte. (vgl. Interview 2, Zeile 37-39) An diesen Wunsch der

Konsumenten, für ihre Kinder da zu sein und die Erziehung zu übernehmen, können Hilfen zur Erziehung und Suchthilfe ansetzen.

5 SPFH als Intervention der Sozialen Arbeit

Eltern mit Suchtmittelproblematik als Querschnittsaufgabe der Kinder- und Jugendhilfe und Suchthilfe

Drogenkonsum hat Wirkungen auf den aktiven Konsumenten und führt zu Veränderungen seines Verhaltens. Wie bereits erläutert, beeinflusst er das Familiensystem mit vielfältigen Auswirkungen auf das Kind, das je nach Alter, Entwicklung, persönlicher Beziehung zum Konsumenten und anderen Faktoren unterschiedlich stark betroffen ist.

Eltern mit einer Suchthilfeproblematik sind eine Zielgruppe zwischen den beiden Hilfesystemen der Kinder- und Jugendhilfe und der Suchthilfe.

Ein Ziel der Kinder- und Jugendhilfe nach SGB 8 ist die Vermeidung von Kindeswohlgefährdung. Unter diesem Blickwinkel werden Familiensysteme betrachtet und Hilfen angeboten. Das System der Suchthilfe hingegen betrachtet die suchtmittelkonsumierenden Personen aus der biopsychosozialen Sicht. Der Konsum soll reduziert werden oder eingestellt werden. Die schädlichen Wirkungen sollen vermieden werden und die soziale Teilhabe gefördert werden. Hinzu kommen medizinische Behandlungen und die Nachsorge.

Je nach Blickwinkel ergeben sich verschiedene Hilfsansätze, die sich in ihrer Schwerpunktsetzung, ihren Zielen und Aufgaben unterscheiden. Um jedoch das betroffene Kind stärker in den Mittelpunkt zu stellen bietet sich die Sozialpädagogische Familienhilfe an. Sie hat das Ziel, einer Kindeswohlgefährdung entgegenzuwirken und die Erziehungsfähigkeit zu unterstützen, letztere unter Umständen deshalb, weil der Crystal Konsum in der Regel elterliches Verhalten negativ beeinflusst. Dieses kann auch nach Abstinenz verändert oder durch längerfristige Folgen des Konsums beeinträchtigt sein. (siehe dazu auch Kapitel 4.3)

Trotzdem hat auch die Suchthilfe einen wichtigen Stellenwert, da der Substanzmittelmissbrauch ein Problem der Familie darstellt und die schädlichen Wirkungen und Auswirkungen das gesamte Familiensystem betreffen. Die SPFH wird als Hilfsangebot für die ganze Familie unter dem Blickwinkel der Jugendhilfe vorgestellt. Ebenfalls wird die Netzwerkarbeit und die notwendige Kooperation mit dem Suchthilfesystem thematisiert.

5.1 SPFH als Hilfe zur Erziehung und Vermeidung von Kindeswohlgefährdung

Erziehung findet in Deutschland in der Regel in der Familie statt. In Artikel 6 des Grundgesetzes heißt es: „Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht.“ (Artikel 6, Absatz 2 Grundgesetz). Kindererziehung wird hier als Aufgabe der Eltern definiert, die gleichzeitig ein Recht haben und in der Pflicht stehen, diese zu übernehmen.

Weiter heißt es „Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft“. In diesem Absatz wird das sog. staatliche Wächteramt über die Erziehung der Kinder genannt. Der Staat kann Kinder aus der Familie herausnehmen, wenn die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten ihrer Pflicht nicht nachkommen oder es andere Gründe für die Vernachlässigung der Kinder gibt (vgl. Art 6 Absatz 3 Grundgesetz). Dieses Eingreifen muss gesetzlich festgeschrieben sein. Der Staat ist demnach beauftragt, einer Kindeswohlgefährdung entgegen zu treten und diese zu vermeiden. Der Begriff des Kindeswohl wird in Paragraph 1666 im BGB als „körperlich, geistiges und seelisches Wohl“ näher definiert. Auf weitere Aspekte der Rechtsprechung möchte die Autorin nicht eingehen und somit nicht das rechtliche Verfahren bei Kindeswohlgefährdung im Detail beschreiben.

Es gilt der Grundsatz, dass die Herausnahme des Kindes als letzte Maßnahme gilt und zuvor öffentliche Hilfen in Anspruch genommen werden sollen. Zu letzteren zählen u.a. die Hilfen zur Erziehung nach Paragraph 27, sowie § 30, 31 und 35 SGB 8. Darunter fällt auch die Sozialpädagogische Familienhilfe. Diese Form der Hilfe ist laut Paragraph 31 SGB 8 definiert als „intensive Betreuung und Begleitung von Familien in Erziehungsaufgaben“ durch einen Familienhelfer. Dazu gehört auch die Unterstützung in der Bewältigung von Alltagsproblemen und Konflikten, bis hin zu Krisen.

Die SPFH kennzeichnet sich als ambulante, aufsuchende Hilfe, die in der Familie agiert. (Trede 2002, S.15). Sie erfordert als Bedingung die „Mitarbeit der Familie“ (Paragraph 31, SGB VIII), da sonst nur schwer Veränderungen innerhalb der Familie möglich sind. Ihre Methode ist die „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Paragraph 31 SGB VIII), d.h. es werden vom Familienhelfer Potentiale für eine Veränderung erschlossen und genutzt. Sie versteht sich als präventives Angebot, das die Fremdunterbringung von Kindern vermeiden soll. (vgl. Ehrhardt 2013, S. 89)

Sie betrachtet die Familie als System mit wechselseitigen Beziehungen im Hinblick auf Kindererziehung und Kindeswohl (vgl. Hechler 2011, S.105).

Eine Suchtkrankheit stellt eine besondere Herausforderung für die SPFH dar. Ausgehend von der illegalen Droge Crystal ergibt sich ein andersartiger Unterstützungsbedarf der Zielgruppe als bei anderen Drogen (vgl. Kuhlmann 2016, S.7) Entsprechend sind auch spezialisierte Hilfsangebote, die theoretisches Wissen und praktische Handlungsmethoden vereinen, für die Arbeit in der SPFH notwendig.

5.2 Das Schirmprojekt in Halle

Das Schirmprojekt in Halle (Saale) bietet eine derartige spezialisierte ambulante Hilfe für Suchtfamilien an und ist laut Drogen und Suchtbericht der Bundesregierung 2015 ein Bundesmodellprojekt. (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2015), S.175)

5.2.1 Allgemeine Informationen über das Projekt

Die Abkürzung Schirm steht für „Straßenkinder- und Communication-Haus mit Integrations- und Resozialisierungs-Möglichkeiten“. Das Projekt entstand 1991 in Halle. Ursprünglich war es als Projekt im Rahmen des Aids Hilfe e.V. für Klienten der Prostitution, um über die Gefahren von Aids aufzuklären und zu beraten, angelegt. (vgl. Jugendwerkstatt „Frohe Zukunft“ Halle-Saalekreis e.V. 2016, o.S)

Seit 2006 ist es nun in freier Trägerschaft der Jugendwerkstatt „frohe Zukunft“ Halle und Saalekreis e.V. Die Angebote des Vereins liegen in unterschiedlichen Bereichen. Sie umfassen u.a. die Aufgaben der Jugendhilfe, wie Hilfen zur Erziehung, eine Inobhutnahme Stelle und Schulsozialarbeit (vgl. Jugendwerkstatt „Frohe Zukunft“ Halle-Saalekreis e.V. 2016, o.S)

In dem Modellprojekt Schirm werden sowohl niedrigschwellige Angebote im Rahmen einer Anlaufstelle, sowie ambulante Hilfen im Haushalt betroffener Personen geboten. Seit 2001 bietet die Einrichtung diese Unterstützung in Erziehungsaufgaben an (vgl. Jugendwerkstatt „Frohe Zukunft“ Halle-Saalekreis e.V. 2016, o.S.)

5.2.2 Spezialisierung der SPFH auf die Abhängigkeit von Suchtmitteln

Die Zielgruppe der SPFH des Schirm Projekts sind meist junge Mütter oder Väter mit mindestens einem Kind, die in der Regel sozial benachteiligt sind und bei denen unter Umständen eine Abhängigkeit von Suchtmitteln vorliegt.

So soll in den Hilfen zur Erziehung erreicht werden, dass Klienten ihre Probleme selbstständig durch die Aktivierung eigener und externer Ressourcen bewältigen können. Diese Methode wird im SGB 8 als „Hilfe zur Selbsthilfe“ bezeichnet (§31). In diesem Prozess werden die Klienten durch das Fachpersonal des Trägers unterstützend begleitet (vgl. Jugendwerkstatt „Frohe Zukunft“ Halle-Saalekreis e.V. 2016, o.S.). Das Hauptziel der Hilfe ist, den Kinderschutz zu gewährleisten bzw. wiederherzustellen (vgl. Graue Literatur 5, o.S.). Mitunter kann Drogenkonsum durch die Auswirkungen der Substanz auf die Familie den Kinderschutz gefährden. Die Folge ist ein erhöhtes Risiko für die psychische, sowie physische Gefährdung von Minderjährigen und Heranwachsenden. Das Modellprojekt Schirm hat sich darauf spezialisiert, diesen Gefahren entgegenzuwirken und auf den erhöhten Unterstützungsbedarf der Elternteile zu reagieren.

Seit 2012 arbeitet das S.C.H.I.R.M. Projekt verstärkt mit Crystal konsumierenden Müttern und Vätern (Graue Literatur 5, o.S.). Dazu nutzt das Personal seine langjährige, praktische Erfahrung mit C-Konsumenten, die in den verschiedenen sozialen Angeboten des freien Trägers gesammelt werden konnten. Die praktischen Erkenntnisse wurden in einem Gesamtkonzept und einem Leitfaden für die Sozialpädagogische Familienhilfe zusammengefasst. (vgl. Jugendwerkstatt „Frohe Zukunft“ Halle-Saalekreis e.V. 2016, o.S. und Graue Literatur 5, o.S.). Darin befinden sich Handlungsstandards im Umgang mit Methamphetamin Konsumenten und Bedingungen für die SPFH. Diese kennzeichnen die Besonderheit des Projektes und berücksichtigen zielgruppenspezifische Anforderungen.

Die Anforderungen der konsumierenden Erziehungsberechtigten seien laut Aussage des Familienhelfers im Schirm Projekt gleichzeitig auch Herausforderungen. So berichtete der Familienhelfer in der SPFH über die Unzuverlässigkeit von konsumierenden Eltern, die aufgrund von Strukturlosigkeit und unzureichendem Zeitempfinden Termine nicht wahrnehmen und verschieben. Er bestätigte die Auswirkungen der Droge auf die Psyche und konnte ähnliche Probleme wie in Familien aus anderen Suchtfamilien oder mit psychisch erkrankten Elternteilen feststellen. (vgl. Interview 1, Zeile 169-175) Das Verhalten der Konsumenten sei unberechenbar. Folglich sei auch die Arbeit mit ihnen unvorhersehbar, anstrengend und sehr zeitintensiv. Das sei ein Grund, weshalb die Betreuung im Tandem mit zwei Mitarbeitern in der Familienarbeit stattfindet. Ein anderer stellt die Annahme dar, dass Crystal konsumierende Mütter oft „erfahren mit Helfersystemen“ seien und sie „Probleme umschiffen könnten“ (Interview 1, Zeile 342 u. 345). Außerdem seien sie „sensibel für die Schwingungen des Gegenübers“ und können deshalb „einen gut ausgucken“ (Interview 1, Zeile 346-347). Der Sozialpädagoge spricht in diesem Kontext von manipulativem Verhalten, welches sich auch im Betrügen bei Drogentests äußern kann.

Die Mitarbeiter der SPFH arbeiten in einem multidisziplinären Team. Zudem bestätigte der Familienhelfer im Interview, dass sie eine wertschätzende und akzeptierende Haltung gegenüber den Adressaten als Menschen einnehmen. Das bedeute keinesfalls die Akzeptanz des Konsums. (vgl. Interview Zeile 43-48).

Im Gegenteil wird das Konsumieren von Drogen nicht toleriert und die Aufnahme einer Sozialpädagogischen Familienhilfe mit Bedingungen gekoppelt. U.a. ist diese die „Mitarbeit der Familie“ (§31, SGB 8). Präzisiert wird dieser Grundsatz im Leitfaden der Jugendwerkstatt „frohe Zukunft“ Halle e.V. als Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen und Veränderungen zuzulassen. Hinzu kommt unter Berücksichtigung der Drogenproblematik die Reduktion des Konsums, regelmäßige, nicht angekündigte Drogentests und die medizinische Behandlung. (vgl. Graue Literatur 5, o.S.) Um den Bedingungen gerecht zu werden, müssen mindestens 3 von 4 Drogentestergebnisse negativ sein. Durchgeführt werden diese von einem Arzt, der in Suchmedizin erfahren ist und mit dem Träger kooperiert. Für die Zusammenarbeit sind Schweigepflichtsentbindungen des Patienten notwendig. (vgl. Graue Literatur 5, o.S.)

5.3 Netzwerkarbeit und Kooperation zwischen SPFH und Suchthilfe

5.3.1 Kooperationspartner

Die Kooperation zwischen dem Suchthilfesystem und der sozialpädagogischen Familienhilfe stellt eine wichtige Grundlage des Schirm Projekts dar.

Kooperationen in der Netzwerkarbeit dienen „dem Schutz der Kinder und Jugendlichen“ und bilden die Basis für koordinierte und gelingende Hilfen für suchtmittelkonsumierende Eltern (Meysen 2012, S.49f). Sie umfassen die Einbeziehung des persönlichen Umfelds des Klienten und die Zusammenarbeit mit anderen Professionen des Hilfesystems (vgl. Erhardt 2013, S. 89).

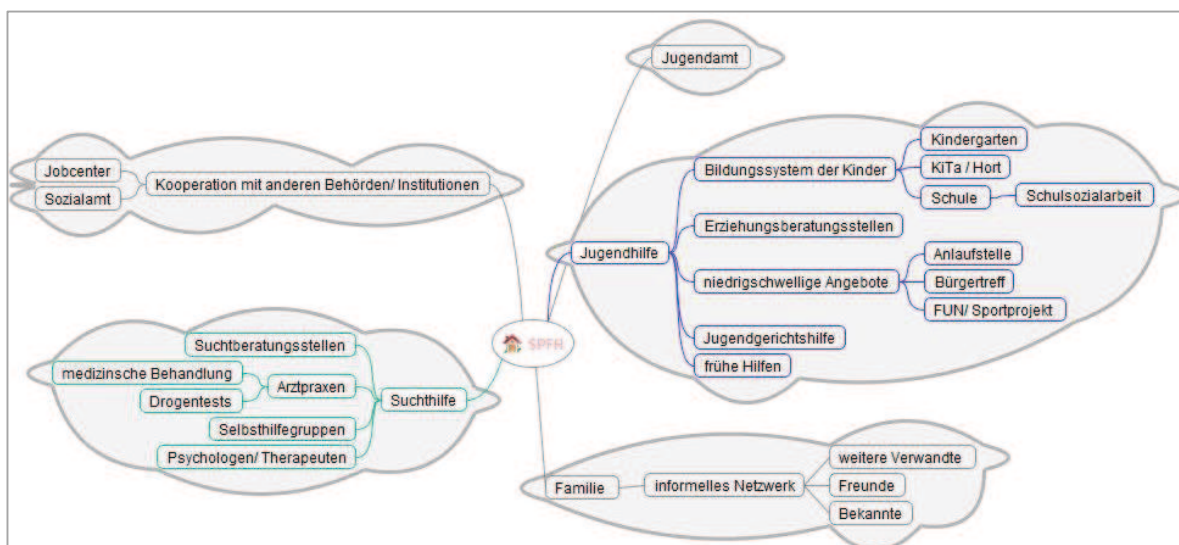


Abb. 4: Netzwerkarbeit der SPFH des Schirm Projekts
(Quelle: eigene Darstellung nach Interview 1)

In einem Schaubild (Abbildung 4) habe ich mögliche Kooperationspartner dargestellt, die für eine optimale Nutzung des sozialen und professionellen Netzwerks von Bedeutung für die SPFH sein könnten. Die Grafik ist wegen der Übersichtlichkeit nicht vollständig und stellt nur einen, kleinen Teil von Kooperationsmöglichkeiten zwischen der Sucht- und Jugendhilfe dar. Zusätzlich werden einige Aufgaben der verschiedenen Netzwerkpartner genannt. Die Grafik berücksichtigt die Familie inklusive des Freundes- bzw. Bekanntenkreises als soziale Netzwerkkomponente und wichtigen Kooperationspartner.

Die Familie und ihre Beziehungen

Zunächst, wird im persönlichen Umfeld die Kernfamilie betrachtet, also Kinder und Eltern bzw. erziehungsberechtigte Personen bzw. die wichtigsten Bezugspersonen des Kindes.

Die Erwachsenen sollen in ihrer Alltagsbewältigung und ihren Erziehungskompetenzen gestärkt werden. Hinzu kommen weitere Verwandte, sowie andere Bezugspersonen wie Bekannte, sowie Freunde.

In diesen Konstellationen finden externe Ressourcen Berücksichtigung, die für die Familie, besonders im Hinblick auf das Kind positive Beziehungen bedeuten. In Familien, die aufgrund einer aufgetretenen Suchtstörung auffällig waren, sind unterstützende Personen besonders wichtig, um einen Rückfall vorzubeugen. Ebenfalls für das Kind wirkt es sich positiv aus, über ein „stabiles Netzwerk von Verwandten, Freunden und Nachbarn“ zu verfügen. (vgl. Tschöpe-Scheffler 2009, S.108).

Zudem können Notfallsysteme greifen, falls es plötzlich zu einem Rückfall eines Elternteils oder beider Eltern kommt (vgl. Interview 1, Zeile 90-92). In diesen Fällen besteht die Möglichkeit, einer Kindeswohlgefährdung entgegenzuwirken, indem zuverlässige Personen aus dem persönlichen Umfeld, die eine positive Beziehung zum Kind haben, kurzfristig die Kinderversorgung übernehmen. Falls diese Möglichkeit nicht besteht und das Jugendamt eine nicht abwendbare Kindeswohlgefährdung sieht, werden die Kinder in Obhut genommen und fremd untergebracht. Ziel der SPFH ist dann, falls möglich, die Familienverhältnisse wiederherzustellen und die Rückführung der Kinder (vgl. Interview 1, Zeile 142-146).

Für den Sozialarbeiter ist die Angehörigenarbeit eine Ressource, aber auch zugleich eine Herausforderung, da sie von vielen Personen abhängig ist, auf vielen Ebenen stattfindet und keinesfalls leicht durchschaubar und beeinflussbar ist.

Grundlegend für Familien mit Drogenproblematik ist die Überprüfung der Beziehungsebenen im Hinblick auf Suchtverhalten, damit gleichgesinnte Konsumenten dem Abstinenzverhalten des Ex-Konsumenten nicht im Weg stehen.

Das Bildungssystem der Kinder

In der Lebenswelt der Familie spielt auch das Bildungswesen in Form von Institutionen eine Rolle. Schon in frühen Lebensjahren werden Säuglinge oder Kleinkinder stundenweise in Krippen oder Kindergärten versorgt, darauf folgt dann die Einschulung in die Grundschule. In der Regel folgt eine weiterführende Schullaufbahn.

Kinder aus Suchtfamilien weisen häufiger Schwierigkeiten in den schulischen Leistungen auf, verhalten sich auffällig in der Schule oder verweigern den Unterricht (vgl. Klein 2003, S.55). Der Kontakt und die Zusammenarbeit mit der Schule bzw. der Schulsozialarbeit kann eine Chance sein, Benachteiligungen durch entsprechende Unterstützungsangebote entgegenzuwirken. Zudem wirkt die Schule auch als Kontrollinstanz, die das Jugendamt oder bei Vorliegen einer Kooperationsvereinbarung den Familienhelfer direkt informieren kann, wenn das Kind plötzlich unbegründet nicht mehr zur Schule erscheint oder vernachlässigt wirkt (vgl. Interview 1, Zeile 226-228).

Das Jugendamt

Das Jugendamt ist Leistungsgewährer, d.h. es entscheidet über die Notwendigkeit, die Eignung und die Finanzierung der Hilfeleistung. Leistungserbringer sind meistens freie Träger, denn das Subsidiaritätsprinzip legt die Nachrangigkeit von öffentlicher Jugendhilfe fest, wenn der Bedarf durch freie Träger gedeckt werden kann.

Es übernimmt die Planung und Kontrolle von Hilfeprozessen. U.a. bedeutet es zusammen mit den Eltern und den Helfern einen Hilfeplan zu verfassen. Es reagiert auf Meldungen der Kindeswohlgefährdung und leitet Maßnahmen zum Schutz ein. (vgl. Meysen, S.25) Somit übernimmt es die Rolle des „Fallmanagers“ (Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe 2010, S.2). Besonders wichtig ist die „Vernetzung mit den Kooperationspartnern im Sozialraum“ (Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe 2010, S.2), da diese für den Kinderschutz und als Ressource in der professionellen Sozialarbeit erforderlich sind.

Das Suchthilfesystem

Die Kooperation mit dem Suchthilfesystem umfasst u.a. Beratungsstellen, Ärzte und Psychotherapeuten oder Psychologen. Beratungsstellen können für den Klienten eine Möglichkeit der spezifischen Unterstützung in Suchtfragen bieten. Sie können unter Umständen Rückfälle vorbeugen und bei Auftreten von Problemen Ansprechpartner für den Klienten sein. Datenschutzerklärungen und entsprechende Kooperationsverträge, zu denen sowohl die Suchthilfeeinrichtung und der Träger der SPFH, als auch der erwachsene Klient (das Elternteil bzw. die Eltern) zustimmen, bilden die Voraussetzung für eine Zusammenarbeit. Der gemeinsame Informationsaustausch beinhaltet im Schirm Projekt „den Nachweis über die Inanspruchnahme der Drogenberatung“ (Jugendwerkstatt „Frohe Zukunft“ Halle- Saalekreis e.V. (Hrsg.) (2014), o.S.). Der Träger der SPFH kann regelmäßige Fallbesprechun-

gen veranlassen mit dem Ziel, Veränderungsprozesse des Konsums und in der Familienarbeit zu fördern und die Bedürfnisse des Kindes zu fokussieren (vgl. Olivia/ Walter-Hamann 2013, S.165).

Ärzte, die Erfahrungen mit Suchtmittelkonsum vorweisen, führen die medizinische Behandlung und Drogenteste durch. Die Testergebnisse werden dem Familienhelfer der SPFH mitgeteilt und dem Jugendamt vorgelegt. (vgl. Jugendwerkstatt „Frohe Zukunft“ Halle- Saalekreis e.V. (Hrsg.) (2014), o.S.) Nur wenn überwiegend negative Ergebnisse der Tests vorliegen, kann die Aufnahme bzw. Weiterführung der SPFH erfolgen (Graue Literatur 5, o.S.).

Schnittstellen der SPFH und Suchthilfe

Was ist die Basis? Was verbindet die beiden Systeme?

Kinder- und Jugendhilfe und Suchthilfe sind unterschiedlich in ihren Aufgaben, ihren Zielen und ihrer Hilfeart. Rechtlich stehen Grundlagen der Kinder- und Jugendhilfe im SGB 8, während die der Suchthilfe in verschiedenen Gesetzbüchern u.a. SGB 2 zu finden sind. Trotz Verschiedenartigkeit lassen sich Schnittstellen finden.

Die Jugendhilfe fokussiert Eltern mit ihren Kindern, die Suchthilfe dagegen suchtmittelkonsumierende Personen, somit auch Eltern.

Die Aufgabe der Jugendhilfe ist die „Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben“ (§ 30 SGB 8). Zum Alltag gehört bei suchtmittelkonsumierenden Personen gehört auch die Suchterkrankung.

Die Suchthilfe steht vor der Aufgabe, konsumierende Personen vor schädlichen Wirkungen der Droge zu schützen, den Konsum zu reduzieren und sie sozial zu integrieren. Der Drogenkonsum hat Auswirkungen auf die gesamte Familie. Die SPFH hat ebenfalls die Aufgabe, auch um des Kindeswohl wegen, diese zu verringern bzw. aufzuheben.

Es stehen sowohl Jugendhilfeträger, als auch gesundheitsbezogene Dienste vor der gemeinsamen Aufgabe des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes nach § 14 SGB 8.

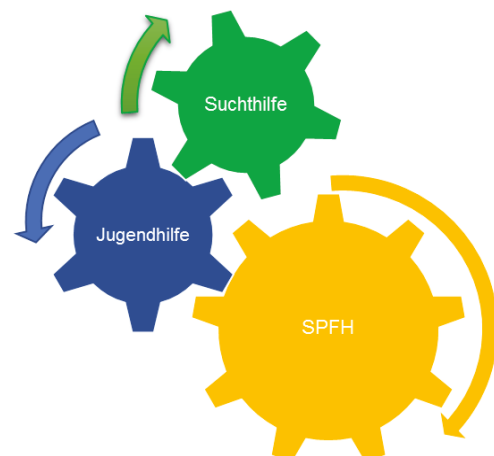


Abb. 5: Die Kooperation der SPFH mit der Sucht- und Jugendhilfe (Quelle: eigene Darstellung)

Kinder und Jugendliche sollen gefördert werden, um in der Lage zu sein „sich vor gefährdenden Einflüssen zu schützen“. Dazu gehören u.a. Drogen, andere Genussmitteln und auch substanzmittelunabhängige Süchte. Auch Eltern sollen unterstützt werden, damit sie Kinder und Jugendliche vor den Folgen schützen (vgl. § 4 SGB).

Demnach ist die Querschnittsaufgabe die schädlichen Auswirkungen der Droge auf die Familie zu reduzieren und somit das „funktionierende Zusammenleben von Eltern und ihren Kindern“ zu ermöglichen (LWL-Landesjugendamt, Schulen und Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.) 2011, S.15).

Hilfen zur Erziehung umfassen „pädagogische und damit verbundene therapeutische“ Leistungen“ (Paragraph 27, Absatz 3, SGB 8). Die Suchthilfe ist charakterisiert durch medizinische Unterstützungsformen, die zusätzlich durch Angebote in Zusammenarbeit verschiedener Professionen gekennzeichnet ist (vgl. DHS 2015, S.7). Auch im SGB 8 findet sich in Paragraph 81 Nummer 4 die Verpflichtung, mit anderen „Einrichtungen und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstigen Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens (...) zusammenzuarbeiten“.

Die Zusammenarbeit mit sonstigen Institutionen, Behörden und Ämtern

Der Sozialarbeiter der Familienhilfe nimmt eine ganzheitliche Sichtweise auf die multiplen Problemlagen seiner Klienten ein. Er unterstützt die Familie auch in anderen Bereichen der Alltagsbewältigung, wie z.B. die materielle Sicherung durch beispielsweise staatliche Unterstützungsleistungen (Alg I oder II).

Crystal Meth konsumierende Klienten werden aufgrund von Beschaffungskriminalität häufig straffällig (vgl. Nacoa Deutschland o.J., o.S.). Wenn sie sich in Untersuchungshaft befinden oder ihnen ein Gerichtsverfahren droht, kann eine Kooperation zwischen Jugendgerichtshilfe und dem freien Träger der Familienhilfe sinnvoll sein. Ziel dieser Kooperation ist, die Folgen des Drogenkonsums zu minimieren und den Straftäter sozial zu integrieren (Oliva / Walter-Hamann 2013, S.169)

5.3.2 Was ist wichtig für eine gelingende Zusammenarbeit?

Im Schirm Projekt ist die transparente Aufklärung über das Vorgehen des Familienhelfers und die Erwartungen an die Eltern des Kindes notwendig. (vgl. Graue Literatur 5, o.S.) Klienten sollen aktiv in den Prozess der Netzwerkarbeit eingebunden werden, indem sie die

Auswahl von Hilfsangeboten mitbestimmen können (vgl. Meysen 2012, S.50). Vorteile dieser Vorgehensweise sind eine erhöhte Bereitschaft, diese Angebote wahrzunehmen und die Autonomie der Eltern zu wahren. Die Hilfeleistungen bekommen in diesem Fall den Charakter einer Dienstleistung.

Es wird von den Eltern aus verschiedenen Gründen eine Entbindung von der Schweigepflicht erwartet (vgl. Graue Literatur 5, o.S.). Aufzuklären ist deshalb, aus welchen Gründen diese benötigt werden und welche Folgen damit verbunden sind.

Wenn mehrere Institutionen kooperieren, ist die Einhaltung von Datenschutzrichtlinien wichtig, damit die Partner die Informationen nicht an falsche Stellen oder Dritte weitergeben. Sie müssen klar und ausführlich formuliert werden. Die schriftlich getroffenen Vereinbarungen und der Unterstützungsbedarf müssen kontinuierlich überprüft und gegebenenfalls angepasst werden (vgl. Meysen 2012, S.50).

Die Kooperationen finden mit Partnern statt, die mitunter einen anderen Auftrag oder einen von der SPFH abweichenden Schwerpunkt oder Blickwinkel auf den Klienten haben. Diese Unterschiede sollten in Supervisionen oder im Team reflektiert werden.

Manchmal kann es zu Konkurrenzverhalten zwischen den Kooperationspartnern kommen. Diese kann sich auf Zuständigkeitsbereiche, Finanzierung oder fachliche Kenntnisse beziehen. Zur Vermeidung dieses Verhaltens dienen klar definierte Absprachen in der Fallbearbeitung. Die Zusammenarbeit fordert demnach auch Kompromissbereitschaft. (vgl. Olivia/ Walter- Hamann 2013, S.159)

Gute Zusammenarbeit ist durch den Austausch von fachlichen Informationen und die Möglichkeit zur Weiterbildung gekennzeichnet. Dieser kann in gemeinsamen Fortbildungen stattfinden. Außerdem besteht die Möglichkeit, neben den schriftlich vereinbarten, regelmäßigen Fallbearbeitungen und Informationsaustausch, gemeinsame Projekte zu initiieren. (vgl. Olivia/ Walter- Hamann 2013, S.167) Wichtig sind auch regelmäßige Evaluationen, in denen strukturiert die Kooperation ausgewertet wird. (vgl. Merchel 2012, S. 137)

Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit sind zuweilen strukturelle und individuelle Hemmnisse zu überwinden. Starre Strukturen der Organisationen und hierarchisches Denken sind Faktoren, die eine Zusammenarbeit erschweren. (vgl. Schrappner 2012, S.76) Hinderlich sind auch Vorurteile gegenüber verschiedenen Trägern und Professionen, die sich sogar in Verweigerung und Ablehnung von Mitarbeitern äußern können. Daran können Kooperationen scheitern oder zumindest ohne wirkliche Motivation unzureichend erfolgen.

Kooperationen zwischen verschiedenen Bereichen sind für manche Mitarbeiter eine neue Erfahrung. Daraus entstehen falsche Erwartungen und die „Angst vor Mehrbelastung“.

(Schrapper 2012, S.76) Diese Hürden gilt es zu überwinden. Unwissenheit über entsprechende Angebote im nahen Hilfesystem kann dazu führen, dass eine Kooperation nicht stattfindet, da sie nicht in Betracht gezogen wird.

Um dennoch eine funktionierende, trägerübergreifende Zusammenarbeit zu ermöglichen, ist es hilfreich, gemeinsame fachliche Standards zu entwickeln. Damit ist zumindest strukturell und fachlich eine Basis für die Kooperation gegeben. (vgl. Schrapper 2012, S.74)

Das Netzwerk hat die doppelte Funktion der Unterstützung der Familie bei der Erziehung und der Vermeidung von Kindeswohlgefährdung (vgl. Schrapper 2012, S.82). Ein Vorteil der Kooperationen zum Kinderschutz ist, dass Informationen bei Krisen oder Kontaktabbrüchen schneller vermittelt werden können und im Helfersystem ankommen. Bei der Unterstützung der gesamten Familie wird aus einer Expertenheerrschaft eine multiprofessionelle Zusammenarbeit, die dem Unterstützungsbedarf der Klienten mit multiplen Problemlagen besser gerecht wird. Der Klient wird in dieser Weise aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. Er erfährt im Idealfall spezialisierte Hilfen, die ineinandergreifen und sich nicht ausschließen, sondern vielfältig wirken.

5.3.3 Vor- und Nachteile der Kooperationen aus Sicht des Klienten

Aus Sicht des Klienten ergeben sich sowohl Vor- wie auch Nachteile, die die Kooperation zwischen der SPFH und von Einrichtungen der Suchthilfe betreffen.

Positiv für den Klienten, ist wie bereits erwähnt, das Angebot einer interdisziplinären Hilfeform. Das bedeutet auch, dass der Unterstützungsbedarf an mehreren Stellen erfasst wurde und die Möglichkeit einer angepassten Hilfeleistung auch für das Kind gegeben sein kann. Vertraglich vereinbarte Vorschriften und Bedingungen von unterschiedlichen Stellen signalisieren dem Klienten mitunter eine erhöhte Verbindlichkeit und Verlässlichkeit. Er bekommt ein besseres und vielfältigeres soziales Netzwerk geboten.

Negativ aufgefasst werden kann der Aspekt der Kontrolle durch die Kooperationspartner. Er stellt für den Klienten zuweilen eine Belastung dar. Auch kann das Gefühl des „Verlustes der elterlichen Autonomie“ (Meysen 2012, S.49) auftreten, wenn das Hilfesystem in den Vordergrund der Kindererziehung tritt, Klienten nicht oder unzureichend mitbestimmen können oder sie in den Prozess nicht einbezogen werden.

Die vermeintliche Kontrollfunktion kann zu Hemmungen des Klienten führen. Dieser vermeidet den Kontakt zum Hilfesystems, da er Angst vor der Weitergabe von vertraulichen Informationen und der Herausnahme seiner Kinder hat.

Es kann von Vorteil sein, wenn Beratungsstellen mit der Suchtproblematik des Klienten schon vertraut sind, weil er sich nicht erneut vorstellen muss, jedoch kann es auch zur Stigmatisierung des Betroffenen führen. Seine Suchtbelastung wird offenkundig. Akten werden zu der Person angefertigt, und entsprechende Sozialarbeiter kennen ihn dann als „Süchtigen“. Diese Sichtweise beeinflusst das Verhalten des Sozialarbeiters und kann zu Vorurteilen gegenüber dem Klienten führen. Der Klient hat potentiell Angst vor der Offenbarung seiner persönlichen Probleme, die er unter Umständen vertrauensvoll einem professionellen Helfer mitgeteilt hat.

Dem Betroffenen wird indirekt manipulatives Verhalten unterstellt, wenn für Fallbesprechungen Schweigepflichtsentbindungen gebraucht werden, um sein Verhalten zu besprechen, zu überprüfen und zu kontrollieren.

5.3.4 Überblick – Die Chancen des Netzwerks zur Kompensation von defizitären, elterlichen Verhaltens ehemals Crystal Konsumierender

| Defizite in Zusammenhang mit Crystal Konsum | Netzwerkkomponenten |
|--|--|
| Fehlende Alltagsstruktur ³ | Betreuungsangebote Bildungssektor |
| Mangelnde Stabilität und Sicherheit ⁴ | Regelmäßige Angebote, zuverlässige Ansprechpartner |
| Soziale Desintegration ⁵ | Integration in Netzwerke, aktive Nutzung Angebote im Sozialraum z.B. Bürgertreff |
| Unzureichende Wertschätzung und Anerkennung des Kindes ⁶ | Gruppenangebote z.B. soziale Gruppenarbeit, Freizeit- und Sportangebote für das Kind |
| Nicht altersgerechte Aufgaben/Rollenverteilung, unzureichende Interaktion / Bedürfnisbefriedigung ⁷ | Frühe Hilfen, Erziehungsberatungsstellen, Familienzentren |
| Mangelnde Zusammengehörigkeit der Familie ⁸ | Nutzung Angebote für Familien, z.B. im Familienzentrum, Eltern-Kind-Gruppen |

Abb. 6: Mögliche Angebote zur Kompensation der Auswirkungen des Crystalkonsums
(Quelle: eigene Darstellung nach ³ vgl. Barsch u.a. 2016, S.62; ⁴ vgl. Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) 2010, S.8; ⁵ vgl. Klein 2003, S.365; ⁶ vgl. Barsch u.a. 2016, S.62 und vgl. Klein 2003, S.365; ⁷ vgl. Lenz 2009, S.15; ⁸ vgl. Graue Literatur 4, S.42)

Die Grafik des Netzwerkes (Abb.4) zeigt mögliche externe Ressourcen, die für den Kinderschutz und den Unterstützungsbedarf Crystal konsumierender Mütter und ihrer Kinder genutzt werden können. Die Tabelle veranschaulicht Aspekte des defizitären elterlichen Verhaltens und weitere charakteristische Gegebenheiten der Mütter. Sie zeigt Möglichkeiten des Netzwerkes auf, um den Defiziten entgegenzuwirken und Erziehungsfähigkeiten zu stärken. Dazu wird gemeinsam mit dem Jugendamt, den Eltern und den professionellen Helfern ein Hilfeplan aufgestellt, der nötige Ressourcen des Umfelds beachtet und analysiert. Die Eltern werden in den Prozess eingebunden (siehe hierzu Kapitel Kooperation mit dem Jugendamt).

Crystal Meth konsumierende Mütter sind häufig von **fehlender Alltagsstruktur** betroffen. Betreuungsangebote für Kinder, die eine Tagesstrukturierung vorgeben, können Entlastung für Betroffene ermöglichen und bei entsprechender Methodik durch Einüben mit dem Familienhelfer den Alltag strukturieren (siehe hierzu Kapitel Kooperation mit dem Bildungssystem der Kinder).

Stabilität und Sicherheit ist durch die Suchterkrankung oft nicht gegeben (siehe hierzu Kapitel 4.4). Ansprechpartner im Hilfesystem können eine Möglichkeit sein, das Gefühl von Zuverlässigkeit wiederherzustellen. Für Kinder aus Suchtfamilien können sich Bezugspersonen, auch außerhalb der Familie positiv auf die Entwicklung auswirken und ihr Gefühl nach Sicherheit und Geborgenheit erfüllen. Auch regelmäßig stattfindende Angebote können sinnvolle Freizeitgestaltung und einen stabilen Alltag gewährleisten.

Durch die aktive Nutzung des Netzwerkes kann **soziale Desintegration** vermieden werden, indem Kind und Erziehungsberechtigter aktive Nutzer von Angeboten des Sozialraums werden. Unter Umständen können sie durch die Angebote ihren Sozialraum mitgestalten, mitbestimmen und Kontakte zu anderen Nutzern knüpfen.

Unzureichende Bedürfnisbefriedigung von Kindern bezogen auf die emotionale Verständigung zwischen Eltern und Kind kann die Entwicklung des Kindes gefährden (siehe dazu Kapitel 4.4). Säuglinge und Kleinkinder sind besonders gefährdet, da sie auf die Versorgung und Pflege ihrer Eltern angewiesen und ohne sie nicht überlebensfähig sind. Frühe Hilfen können Eltern dabei unterstützen, die Beziehungsfähigkeit zu ihren Säuglingen bzw. Kleinkindern zu verbessern und dabei praktische Alltagskompetenzen für den Umgang mit ihrem Kind zu erlernen. Gesundheitsdienste wie Hebammen und Kinderärzte leisten die medizinische Versorgung und stehen Eltern als Ansprechpartner in Gesundheitsfragen zu Verfügung. Andere Angebote im Sozialraum wie Eltern-Kind-Gruppen oder Erziehungsberatungsstellen können Eltern in ihrer Erziehungskompetenz stärken, sie in der feinfühligsten Interaktion unterstützen und mitunter die Bindung zu ihrem Kind verbessern. In der Regel

erfordert das Aufsuchen und kontinuierliche Nutzen dieser Angebote eine Eigenmotivation. Selbst bei niedrighem Schwellenwert ist mit einer Hemmschwelle zu rechnen. Diese kann durch bereits vertraute Ansprechpartner im Netzwerk herabgesetzt werden, z.B. durch Initiation des Familienhelfers.

In Brandenburg hat sich das Netzwerk „Gesunde Kinder“ als Modell etabliert. In diesem Angebot begleiten ehrenamtliche Paten Familien von der Schwangerschaft bis hin zum dritten Lebensjahr des Kindes. Die Freiwilligen werden regelmäßig geschult und erhalten Supervisionen. (vgl. Ellsäßer u.a. 2015, S.16)

Ältere Kinder nehmen oft Verantwortung für die suchtkranken Eltern auf sich, können nicht mehr Kind sein und erfahren wenig Wertschätzung in der Familie. Gruppenangebote mit Gleichaltrigen in der Jugendarbeit können dem entgegenwirken. Für das Kind können sie eine Freizeitmöglichkeit sein, es kann Anerkennung durch andere erfahren und Freundschaften aufbauen. Zur Bewältigung von Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsschwierigkeiten dient das Angebot der sozialen Gruppenarbeit (§29 SGB 8). Sie ist als unterstützende Erziehungshilfe konzipiert und findet in der Regel ambulant und wohnortnah statt.

5.3.5 Handlungsempfehlungen für den Familienhelfer

Der Familienhelfer kann mit der Familie und weiteren Beteiligten des Helfersystems eine Netzwerkkarte erstellen, um Ressourcen zu erfassen. Hierzu muss er die spezifischen Angebote im Sozialraum kennen. Die berücksichtigten Angebote sollen nach den Wünschen und Interessen des Klienten ausgewählt werden und ihn in die Entscheidung einbeziehen. Der Familienhelfer hilft, geeignete Angebote für Kind und Erwachsene zu finden und begleitet die Familie in der Anfangsphase. Er überprüft gemeinsam mit der Familie die Wirksamkeit der Angebote und Zufriedenheit der Klienten und aktualisiert gegebenenfalls die Auswahl der Angebote. Die Netzwerkkomponenten bekommen den Charakter einer Dienstleistung, d.h. bei Unzufriedenheit kann die Nutzung unterbleiben oder durch ein anderes Angebot ersetzt werden.

Vor Nutzung der Angebote sollten die Konsumenten medizinisch untersucht werden, um die Auswirkungen des Drogenkonsums zu dokumentieren und gegebenenfalls zu behandeln. Dazu zählen psychische Erkrankungen, kognitive Defizite und weitere körperliche Auswirkungen, die in Kapitel 3 erläutert wurden.

Der Familienhelfer handelt als Koordinator der verschiedenen Akteure. Er unterstützt die Ziele der Suchthilfe, indem er die Motivation des Klienten für die Abstinenz bestärkt, alternative Strategien bei starken Entzugerscheinungen von Crystal mit dem Klienten und Suchtberater bespricht und bei der Durchführung eines Notfallplans bei einem Rückfall mitwirkt. Crystal Konsumenten müssen nach Beendigung des Konsums mit einer Gewichtszunahme rechnen, die einen Rückfalls begünstigen kann. Motivierende Gesprächsführung kann das Risiko eines Rückfalls minimieren und den Klienten auf Veränderungen vorbereiten.

Der Familienhelfer unterstützt die Familie bei der Bewältigung ihres Alltags bei hohen Belastungen, die oft als Konsummotiv bei Crystal Meth Konsumenten angegeben werden (vgl. Degwitz u.a. 2014, S.39). Er entwickelt mit dem Klienten alternative Strategien und aktiviert seine Stärken. Er nutzt die Netzwerkangebote, um den Tagesablauf der Klienten zu strukturieren. Diese Fähigkeit geht beim chronischen Drogenkonsum häufig verloren und muss neu erlernt werden.

Mit der Familie bespricht er Zukunftsvorstellungen und Wünsche von Mutter und Kind. Er unterstützt die Familie bei der Festlegung von realistischen, messbaren und positiv formulierten Ziele und geht in Teilschritten vor.

Zudem berücksichtigt der Familienhelfer, dass die Eltern in der Kindheit häufig traumatischen Erlebnisse erlebt hatten (vgl. Dyba u.a. 2015, o.S.) und deshalb mitunter unzureichende Strategien entwickelt haben, Probleme zu lösen.

6 Fazit und Ausblick

Die Netzwerkarbeit als umfassende Sicherung des Kinderschutzes und multiprofessionelle Hilfeleistung für Eltern und Kind bietet eine effiziente Nutzung von Ressourcen. Sie bietet auf den Bedarf zugeschnittene Unterstützungsleistungen und die Möglichkeit auf neue Problematiken und veränderte Bedarfe der Zielgruppen zu reagieren.

In der Netzwerkarbeit wird von einer hohen Bereitschaft der Klienten ausgegangen, die gemeinsam festgelegten Angebote zu nutzen. Diese ist nicht gegeben, wenn Familien der Hilfe zur Erziehung nur deshalb zustimmen, um die Herausnahme ihrer Kinder zu verhindern. In diesem Fall ist keine wirkliche Freiwilligkeit gegeben. Es kann vermutet werden, dass die Motivation, Angebote zu nutzen, gering ist. Der Familienhelfer und andere Beteiligte des Hilfesystems stehen vor der Herausforderung, den Klienten von den Zielen der Angebote zu überzeugen und seine Eigenmotivation zu aktivieren.

Veränderungen in der Familie benötigen Zeit, sind nur schrittweise möglich und mit Anstrengungen der Beteiligten verbunden. Diese Aspekte sollten in der Familienhilfe thematisiert werden, damit der Klient keine falschen Vorstellungen von Veränderungen „von heute auf morgen“ bekommt. Angesprochen werden sollten auch Faktoren, die von den ehemaligen Konsumenten als negativ bewertet werden könnten, wie z.B. die Auflösung von Rollen in der Familie. Wenn die Eltern es gewohnt waren, dass das Kind größtenteils die Aufgaben im Haushalt übernimmt, sind diese Veränderungen zunächst nicht erwünscht. Trotzdem sollten das Kindeswohl und das gesunde Aufwachsen des Kindes im Vordergrund stehen. Diese Ziele gilt es, den Eltern zu vermitteln.

In der Studie von 2014-2015 von Klein wurde festgestellt, dass Eltern wissen, dass der Crystal Konsum auch ihr Kind negativ beeinflusst und entwickeln mitunter Schuldgefühle (vgl. Dyba u.a. 2015, o.S.). Barsch u.a. (2016) stellt fest, dass auch drogenkonsumierende Eltern „gute Eltern“ sein wollen (Barsch u.a. 2016, S.61). Diese Beobachtungen können Ansatzpunkte für die Kinder- und Jugendhilfe und die Suchthilfe sein. Sie können dazu dienen die Eltern im Wunsch nach Abstinenz zu bestärken. Zudem wirken sie motivierend Veränderungen in der Bewältigung des Alltags zuzulassen, Erziehungskompetenzen zu erlernen und eine Kindeswohlgefährdung zu vermeiden.

Der Crystalkonsum findet häufig Zuhause im Privaten statt (vgl. Degkwitz u.a. 2014, S.38). Dabei stellt sich die Herausforderung der Erreichbarkeit von Konsumenten, wenn diese unauffällig leben und sich nicht selbstständig an das Hilfesystem wenden. Eine Möglichkeit mit dieser Zielgruppe in Kontakt zu treten, ist der sog. Peer-Group- Ansatz. In diesem pädagogischen Konzept klären ehemalige Konsumenten mit Kindern andere noch aktive Konsumenten über die Gefahren der Droge und sozialen Auswirkungen auf. Sie können die Betroffenen zu entsprechenden Stellen des Hilfesystems vermitteln. Zur Umsetzung müssen neue Konzepte mit Berücksichtigung der Crystal Problematik erarbeitet werden und Projekte durchgeführt und evaluiert werden.

Im Helfersystem bedeuten die Kooperationen für die Netzwerkpartner zunächst einen Mehraufwand. Es gilt Schnittstellen zu finden, Konzepte zu entwickeln und die Zusammenarbeit zu organisieren. Die gemeinsame Planung ist mit der Bereitschaft der Mitarbeiter verbunden, träger- und berufsübergreifend zu arbeiten.

Angesichts der Netzwerkarbeit und der Umsetzung von erfolgreichen Kooperationen fehlen jedoch vielerorts Handlungsstandards und Konzepte, die Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit geben. Anlässlich der Probleme von Suchtfamilien, in denen Crystal Meth konsumiert wird, mangelt es einerseits an verlässlichen empirischen und repräsentativen Studien für Deutschland und andererseits auch an praxisorientierten Handlungsansätzen.

Diese gibt es bereits für die Familienarbeit mit Alkoholabhängigen und psychisch kranken Eltern. Die Problemlagen sind ähnlich wie in anderen Suchtfamilien, jedoch gibt es Unterschiede in der Symptomatik betroffener Eltern, den Auswirkungen und dem damit verbundenen Hilfebedarf.

Broschüren der BZgA und des freien Trägers Jugendwerkstatt „Frohe Zukunft“ Halle e.V. über die Handlungsstandards in der SPFH sind Ausnahmen und können exemplarisch als Vorbildfunktion für andere Einrichtungen der Sozialen Arbeit dienen. Auch Kooperationen zwischen Jugend- und Suchthilfe, die speziell auf die neuen Anforderungen von Crystal Meth eingehen und in Konzepten verankert sind, finden nur vereinzelt statt.

Für die erfolgreiche Arbeit mit der Zielgruppe sind Forschungsgrundlagen wichtig, die Aufschluss über die längerfristigen Folgen der Crystal Konsumierenden geben. In der Suchthilfe werden Konzepte zur Behandlung und Rehabilitation benötigt. Es wäre wünschenswert, für Crystal einen Ersatzstoff zu entwickeln, der Entzugerscheinungen minimiert und weniger körperliche Schäden hervorruft.

Für die Arbeit in der Familie ist die Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Suchthilfe unerlässlich. Vorbildhaft ist z.B. das Projekt SoFaSu (Sozialpädagogische Familienhilfe Sucht) in Zwickau, in dem ein Suchtberater und ein Familienhelfer im Tandem in der Familie agieren (vgl. Rothe/ Wetzel 2016, S.25). Diese Zusammenarbeit kann erfolgreich sein, wenn die Aufgabenbereiche klar definiert sind und regelmäßiger fachlicher Austausch stattfindet. Die Projekte sollten in ihrer Wirksamkeit evaluiert und weiterentwickelt werden, damit in Zukunft Hilfsbedürftigen mit Crystal Problematik bedarfsgerechte Angebote zu Verfügung stehen und bei akuter Kindeswohlgefährdung schneller und nachhaltiger gehandelt werden kann.

7 Quellenverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (2010): ASD – mehr als Kinderschutz! Ziele, Aufgaben, Methoden, Werte und Orientierung im Hinblick auf die Kinder- und Jugendhilfe. Online. URL: <https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2010/ASD.pdf> [Datum der Recherche: 20.05.2016].
- Arenz-Grievig, I. (2003): Das einzig Zuverlässige ist die Unzuverlässigkeit- Kinder in Alkoholikerfamilien. In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2003): Familiengeheimnisse- Wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden. Dokumentation der Fachtagung vom 4. und 5. Dezember 2003. Online. URL: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Suchtstoffuebergreifende_Themen/Downloads/Familiengeheimnisse_031204_Drogenbeauftragte.pdf [Datum der Recherche: 25.05.2016].
- Arenz-Grievig, I. / Kober, M. (2007): Metastudie Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern. Online. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/forschungsberichte/Metastudie_Kinder_suchtkranke_Eltern.pdf [Datum der Recherche: 01.05.2016].
- Barsch, G. / Organo, A. / Plöttner, C. (2016): Crystalkonsumierende Mütter und Väter: konzeptionelle Überlegungen für die Jugend- und Suchthilfe. In: Neue Ansätze in der Suchthilfe. Jhg.47 / Heft 1, S.60-68.
- Böhm, A. (2015): Häufigkeit des Crystal-Konsums und Zahl der Abhängigen. Was passiert, wenn es keine epidemiologischen Daten gibt? Online. URL: http://www.blsev.de/fileadmin/bildmaterial/veranstaltungen/Crystal/151017_Dr._Andreas_Boehm.pdf [Datum der Recherche: 14.04.2016].
- Böhm, A./ Hardeling, A. / Leydecker, M. (2015): Die Nachfrage nach Beratung über Amphetamin- ein Indikator für die Belastung durch Crystal. Online. URL: http://www.blsev.de/fileadmin/bildmaterial/Dokumente_BLS/Crystal_Beratungsstellen_2015.pdf [Datum der Recherche: 24.04.2016].
- Brand, H./ Braun, B./Künzel, J. (2015): Suchthilfe in Deutschland 2014. Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik. Online. URL: http://www.suchthilfestatistik.de/cms/images/dshs_jahresbericht_2014.pdf [Datum der Recherche: 24.04.2016]
- Daumann, J. / Gouzoulis-Mayfrank, E. (2015): Amphetamine, Ecstasy und Designerdrogen. Stuttgart: Kohlhammer.

- Degkwitz, P. / Lotzin, A. / Milin, S. / Schäfer, I. / Verthein, U. (2014): Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen. Sachbericht. Online. URL: <http://www.methstudie.de/ats-bericht.pdf> [Datum der Recherche: 24.04.2016].
- DHS (Hrsg.) (2005): Konsenspapier von DHS e.V. und Akzept e.V. Ziele. Grundlagen und Prinzipien der Sucht- und Drogenhilfe. Online. URL: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Suchthilfe/konsenspapier_DHS_akzept_2005.pdf [Datum der Recherche: 21.05.2016].
- DIMDI (Hrsg.) 2016: F15.Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein. Online. URL: F15.- Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein [Datum der Recherche: 09.05.2016].
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2015): Drogen- und Suchtbericht 2015. Online. URL: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publikationen/2015_Drogenbericht_web_010715.pdf. [Datum der Recherche: 07.04.2016].
- Dyba, J. / Klein, M./ Moesgen, D. (2015): Crystal und Familie. Zur Analyse der Lebenssituation und des Hilfebedarfs betroffener Kinder. Online. URL: https://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/KatHO/DISuP/Downloads/Dyba_Klein_Moesgen_CM_Familie_Ergebnisse_Aktenanalyse_Fokusgruppen.pdf [Datum der Recherche: 09.05.2016].
- Ellsäßer, G./ Hedtke, E./ Hüsemann, D. / Reichel, D./ Schmitt, M. / Schmok, A. / Wocko, L / Karpinski, H. (2015): Ergebnisse der Brandenburger Schuleingangsuntersuchung. Wie wirksam ist das Netzwerk Gesunde Kinder? In: Brandenburgisches Ärzteblatt. 25 Jg. / Heft 11, S. 16- 18. Online. URL: http://www.mbjs.brandenburg.de/sixcms/media.php/5527/B%C3%84B_2015_11_Artikel%20Netzwerk.pdf [Datum der Recherche: 22.05.2016].
- Erhardt, A. (2013): Methoden der Sozialen Arbeit. Schwalbach: Wochenschau Verlag. 2. Auflage.
- Graue Literatur 1: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2015): Crystal/ Methamphetamin. Informationsbroschüre für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Bad Oeynhausen.
- Graue Literatur 2: Kontaktstelle Jugendsucht- und Drogenberatung der Stadtmission Chemnitz e.V. (Hrsg.): (2014): Crystal Meth. Chemnitz.

- Graue Literatur 3: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2015): Informationen zu Crystal /Methamphetamin. Bad Oeynhausen.
- Graue Literatur 4: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2015): Suchtprobleme in der Familie. Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen. Bad Oeynhausen.
- Graue Literatur 5: Jugendwerkstatt „Frohe Zukunft“ Halle Saalekreis e.V. (Hrsg.) (o.J.): Mama, Papa, Crystal. Praxisleitfaden für die ambulante Sozialpädagogische Familienhilfe Crystal-gebrauchender Mütter und Väter- Ein Modellprojekt beruhend auf Erfahrungswissen. Halle (Saale).
- Hardeling, A. (2015): Crystal Meth in Brandenburg- eine Herausforderung an Suchtprävention und Suchthilfe. Online. URL: http://www.blsev.de/fileadmin/bildmaterial/veranstaltungen/Crystal/151017__Andrea_Hardeling.pdf [Datum der Recherche: 06.04.2016].
- Hechler, O. (2011): Hilfen zur Erziehung. Einführung in die außerschulische Erziehungshilfe. Stuttgart: Kohlhammer. Band 21.
- Hessische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2010): Hilfe für Kinder in suchtkranken Familien. Online. URL: http://www.hls-online.org/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=0&task=view.download&cid=207 [Datum der Recherche: 17.05.2016].
- Jugendwerkstatt „Frohe Zukunft“ Halle-Saalekreis e.V. (Hrsg.) (2014): Papa, Mama. Crystal: gesund aufwachsen- wie geht das? Kinderschutz und sozialpädagogische Familienhilfe im Kontext von Suchterkrankungen. Online. URL: http://www.blsev.de/fileadmin/bildmaterial/veranstaltungen/Crystal/141118_Papa_Mama_und_Crystal_K._Loch.pdf [Datum der Recherche: 22.04.2016].
- Jugendwerkstatt „Frohe Zukunft“ Halle-Saalekreis e.V. (Hrsg.) (2016): Gesamtkonzept des S. C. H. I. R. M.- Projektes. Online. URL: http://jw-frohe-zukunft.de/service/downloads/s-c-h-i-r-m-projekt/Gesamtkonzept_SCHIRM-Projekt.pdf/view [Datum der Recherche: 07.04.2016].
- Klein, M. (2003): Kinder drogenabhängiger Eltern. Fakten, Hintergründe, Perspektiven. In: Report Psychologie. 28 Jhg. / Heft 6. Online. URL: http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/350/pdf/report_psychologie_06-2003_1.pdf [Datum der Recherche: 17.05.2016], S.358-371.

- Klein, M. (2005): Kinder aus suchtbelasteten Familien. In: Thomasius, R./ Küstner, U. J. (Hrsg.): Familie und Sucht. Grundlagen Therapiepraxis Prävention. Stuttgart: Schattauer GmbH, S.52-59.
- Klein, M. (2006): Kinder im Kontext drogenbelastender Familien. In: Hoff, T., Klein, M., Pauly, A. (Hrsg.): Kinder Drogenabhängiger Mütter. Regensburg: Roderer Verlag. Band 2., S.4-19.
- Kuhlmann, T. (2016): Interview mit Wodarz, N. Vom Ameisenhandel zum Großdealer: die Herausforderungen des Crystal Meth Konsums. In: Suchttherapie. Prävention, Behandlung, Wissenschaftliche Grundlagen. Jhg.17/ Heft 1, S.7-8.
- Kuhlmann, T. / Wurst, F. M. (2016): Stimulanzien. In: Suchttherapie. Prävention, Behandlung, Wissenschaftliche Grundlagen. Jhg.17/ Heft 1, S.9.
- Künster, A./ Ziegenhain, U. (2014): Elterliche Feinfühligkeit und kindliche Entwicklung – die Skala elterlicher Feinfühligkeit als Praxistool zur Beratung junger Eltern. Online URL: http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Stellenanzeigen/SHV_3_2014_Kuenster.pdf [Datum der Recherche: 20.05.2016].
- Lenz, A. (2009): Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe. Expertise im Rahmen des 13. Kinder-und Jugendberichts der Bundesregierung. Online. URL: http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/13_KJB-Expertise_Lenz_suchtkranke_Eltern.pdf [Datum der Recherche: 25.04.2016].
- LWL-Landesjugendamt, Schulen und Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.) (2011): Jugend. Sucht. Hilfe. Kooperationen zwischen den Hilfesystemen. Online. URL: http://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/M7/M7_Jugendhilfe.pdf [Datum der Recherche: 18.05.2016].
- Merchel, J. (2012): Kinderschutz: Anforderungen an die Organisationsgestaltung im Jugendamt. In: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (Hrsg.) (2012): Vernachlässigte Kinder besser schützen. Sozialpädagogisches Handeln bei Kindeswohlgefährdung. München: Ernst Reinhardt Verlag. 2. Auflage. S.103-143.
- Meysen, T. (2012): Das Recht zum Schutz von Kindern. In: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (Hrsg.) (2012): Vernachlässigte Kinder besser schützen. Sozialpädagogisches Handeln bei Kindeswohlgefährdung. München: Ernst Reinhardt Verlag. 2. Auflage. S.17-57.

- Nacoa Deutschland (o.J.): Kinder in Familien mit Drogenproblematik. Online. URL: <http://www.nacoa.de/images/stories/pdfs/kinder-drogenproblematik.pdf> [Datum der Recherche: 25.04.2016].
- Olivia, H. / Walter-Hamann, R. (2013): Suchthilfe in Netzwerken. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Rommelspacher, H. (1999): Amphetamine und Entaktogene, In: Gastpar, M., Mann, K., Rommelspacher, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme Verlag, S.228-236.
- Rothe, A. / Wetzel, W. (2016): Suchtberatung anders- Veränderungsbedarfe. In: Suchttherapie. Prävention, Behandlung, Wissenschaftliche Grundlagen. Jhg.17/ Heft 1, S. 22-26.
- Rothe, M. (2006): Sozialpädagogische Familien- und Erziehungshilfe. Eine Handlungsanleitung. Stuttgart: Kohlhammer. 5. Auflage.
- Schrappner, C. (2012): Kinder vor Gefahren für ihr Wohl schützen. Methodische Überlegungen zur Kinderschutzarbeit sozialpädagogischer Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (Hrsg.) (2012): Vernachlässigte Kinder besser schützen. Sozialpädagogisches Handeln bei Kindeswohlgefährdung. München: Ernst Reinhardt Verlag. 2. Auflage. S. 58-97.
- Trede, W. (2012): Was sind erzieherische Hilfen? In: Krause, H.-U. / Peters, F. (Hrsg.): Grundwissen Erzieherische Hilfen. Ausgangsfragen Schlüsselthemen Herausforderungen. Münster: Votum Verlag. S.11-26.
- Tschöpe- Scheffler, S. (2009): Familie und Erziehung in der Sozialen Arbeit. Schwalbach: Wochenschau Verlag.

Ehrenwörtliche Versicherung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche einzeln an den entsprechenden Stellen innerhalb der Arbeit gekennzeichnet. Es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel (inklusive elektronischer Medien und Online-Ressourcen) benutzt. Ich habe diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form oder auszugsweise im Rahmen einer anderen Prüfung keiner anderen Prüfungsbehörde oder Person im Rahmen einer Prüfung vorgelegt. Auch ist die Arbeit nicht veröffentlicht. Ich bin mir bewusst, dass eine unwahre Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

(Ort, Datum, Unterschrift)

Anlage

| | |
|--|-------|
| Praxisleitfaden der Jugendwerkstatt „Frohe Zukunft“ Halle Saalekreis e.V. | II |
| Interview 1 | VI |
| Interview 2 | XVIII |



Praxisleitfaden für die ambulante Sozialpädagogische Familienhilfe Crystal-gebrauchender Mütter und Väter – Ein Modellprojekt beruhend auf Erfahrungswissen

Seit dem Jahr 2012 wächst der Bedarf nach ambulanter Sozialpädagogischer Familienhilfe für Crystal konsumierende Mütter und Väter. Die C-Konsumenten stellen auf Grund der erhöhten Risikofaktoren besondere Herausforderungen an die ambulante Betreuung im Rahmen der Hilfen zur Erziehung dar. Besonders auffallend sind bei dauerhaftem Drogengebrauch die konsumbedingten psychotischen Episoden, die massive Strukturlosigkeit, das mangelnde Zeitempfinden, die Fehleinschätzung von Situationen und das erhöhte Aggressionspotential. Das Bedürfnis nach Unterstützung für suchtkranke Eltern im eigenen Haushalt stieg in den letzten Jahren an. Die zunehmende Erfahrung nutzend, entstand in einem interdisziplinären Team in Halle ein Modellprojekt, um Crystal gebrauchende Eltern ambulant zu betreuen und den Schutz der Kinder sicherzustellen. Dabei befinden wir uns stets in einem Entscheidungsdilemma zwischen Familienerhaltung im eigenen Haushalt und Kindeswohlsicherung durch Fremdunterbringung.



Zielgruppe

- Dauerkonsumenten (wöchentlich positiv getestet)
- Substituierte mit Crystal im Beikonsum
- ernst zu nehmende Meldungen mit Crystal-Verdacht bei Schwangeren und Eltern

Voraussetzung zur Übernahme der ambulanten Betreuung

- Eltern sind bereit, Verantwortung für sich und ihre Kinder zu übernehmen.
- Es sind Erziehungskompetenzen vorhanden und die Familie ist lernfähig.
- Eltern sind zur Reduktion des Konsums bereit.
- Sie sind frei von psychotischen Zuständen.
- Eltern sind zur medizinischen Behandlung bereit.
- Mütter und / oder Väter arbeiten nach unten genannten Standards mit uns zusammen.
- Die Erziehungsberechtigten lassen Veränderungen zu.

Welche Gründe sprechen für die ambulante Betreuung?

- Das traumatisierende Erlebnis der Inobhutnahme wird vermieden.
- Das Familiensystem und bestehende Beziehungen werden aufrechterhalten.
- Das vertraute soziale Umfeld der Kinder wird beibehalten.
- Die biographischen Wurzeln bleiben für die Kinder erlebbar.

Beobachtungen zum Elternverhalten¹

- Mangelndes Zeitempfinden (ständiges Zuspätkommen, Vergesslichkeit)
- unrealistische Einschätzung der eigenen erzieherischen Fähigkeiten
- Angst vor Wegnahme des Kindes
- erhöhtes subjektives Stresserleben im Erziehungsverhalten
- Höhere Bereitschaft zu verbaler oder körperlicher Gewalt
- Erwartungshaltung der sozialen Abwertung (Rechtfertigungszwang)
- Risiko psychotischer Episoden
- Soziale Isolation (fast ausschließlich und wenig funktionale Szenekontakte)
- Neigung zu monotonen und stereotypen Tätigkeiten (z. B. übermäßiges Putzen)
- Unberechenbarkeit im Erziehungsverhalten (z. B. wechselndes Belohnungs- und Bestrafungssystem, wenig Verlässlichkeit im familiären Alltag)
- Wechselnde Bezugspersonen übernehmen Erziehungsverantwortung
- Erschöpfungszustände, Tiefschlafphasen

¹ Zum Elternverhalten suchtkranker Mütter und Väter siehe und vgl. Klein, Michael: „Kinder drogenabhängiger Mütter. Risiken, Fakten, Hilfen.“ Roderer Verlag, Regensburg: 2006





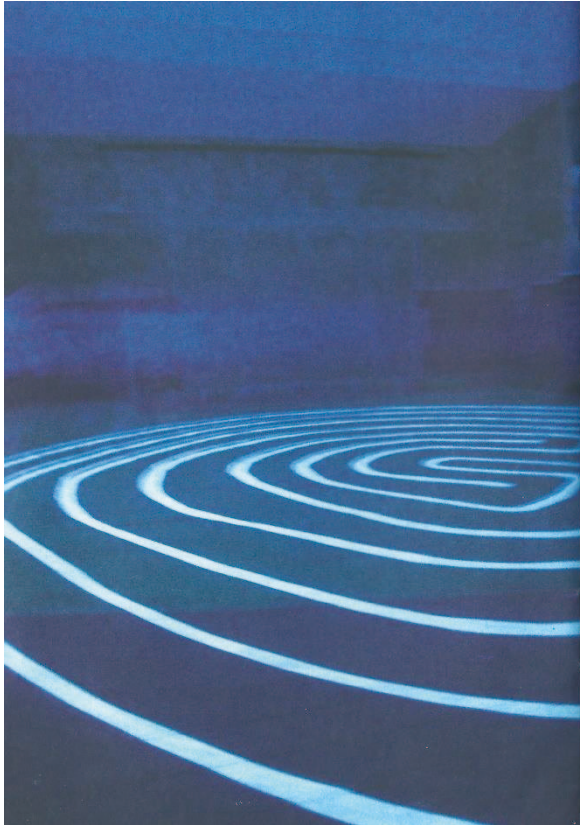
Besondere Risiken für die Kinder – weshalb Kinderschutz im besonderen Maße notwendig ist

- Kinder sind einem erhöhten Duldungs- und Katastrophenstress ausgesetzt. (Sie sind gezwungen das besondere Elternverhalten zu dulden und Stresszustände durch elementare Störungen im Familienleben, wie z.B. Stromabklemmungen, Inhaftierungen, auszuhalten.)
- Die Biographie von Kindern suchtkranker Eltern ist häufiger von Brüchen gezeichnet².
- Kinder werden als Stabilisator in schwierigen Familiensituationen „benutzt“.
- Sie leiden häufig an Schuldgefühlen.
- Oft übernehmen sie sehr früh und zu viel Verantwortung und lügen für ihre Eltern.
- Generationsgrenzen sind unklar oder werden aufgehoben.
- Kinder scheinen einsam und sich selbst überlassen. Sie sind mit ihren Erfahrungen und Empfindungen allein.
- Kinder suchtkranker Eltern befinden sich im Wechselbad der Gefühle. Durch das ständige Auf und Ab entwickeln sie Rückzugstendenzen oder aggressive Verhaltensmuster.
- Es besteht ein erhöhtes Risiko für Leib und Leben der Kinder auf Grund des möglichen Kontroll- und Wahrnehmungsverlustes der Eltern.

² vgl. ebd.

Handlungsstandards

- Arbeiten in multiprofessioneller Kooperation ist die Grundlage für eine möglichst engmaschige Versorgung der Kinder.
- Schweigepflichtentbindungen für die Familienhilfe (und umgekehrt) gegenüber Mitarbeitern des Jugendamtes, KinderärztInnen, Familienhebammen, SubstitutionsärztInnen, Kitas, Schulen, dem Jobcenter, der drobs o. ä. Institutionen liegen von den Sorgeberechtigten vor. Die Schweigepflichtentbindung der verschiedenen Professionen dient ausschließlich der Sicherung des Kindeswohls und betrifft das kindeswohlgefährdende Verhalten der Väter oder Mütter.
- Eine eindeutige Aufgabenverteilung und klare Absprachen zwischen den Kooperationspartnern sind Voraussetzung für eine gemeinsame Haltung und für attraktives Handeln.
- Im Netzwerk sind die berufliche Rolle und der damit verbundene Auftrag des jeweiligen Netzwerkpartners klar und werden von den anderen akzeptiert.
- Der konsumierende Elternteil erklärt sich bereit, sich unangekündigten Tests zu unterziehen.
- Die Konsumkontrolle wird über den Speichel getestet.
- Testtermine werden spontan und unangekündigt für den Sorgeberechtigten festgelegt.
- Unserer Erfahrung nach kann die ambulante Hilfe ohne Einschränkung fortgeführt werden, wenn 3 von 4 Tests negativ sind. Dies gilt ebenso wenn eine Reduktion der nachgewiesenen Substanz in den Testverläufen erkennbar ist.
- Die Tests werden in Absprache mit der Familienhilfe oder der drobs von der suchtmmedizinischen Praxis durchgeführt und ausgewertet.
- Das Jugendamt Halle übernimmt für das Testverfahren die Kosten.
- Die Familienhilfe arbeitet üblicherweise in Tandembesetzung.
- Während des gesamten Hilfeverlaufs werden die Eltern in alle Absprachen und Entscheidungen einbezogen und stets transparent über das weitere Vorgehen informiert.
- 2x / Woche ermöglichen die Eltern die Inaugenscheinnahme der im Haushalt lebenden Kinder durch die SPFH. Bei Nichteinhaltung erfolgt eine Meldung an das Jugendamt.
- Bei Schwangeren wird die Familienhilfe 4 Wochen vor der Entbindung einbezogen, um die Zuverlässigkeit der Mutter einschätzen zu können.



Zum Schluss

Trotz aller Standards und Leitlinien: jede Familie ist einzigartig und muss mit individueller Sorgfalt betrachtet und begleitet werden. Was für die gesunde Entwicklung des einen Kindes förderlich ist, kann für das andere von Nachteil sein. Die einzelnen Professionen verbindet das gemeinsame Ziel, die Kinder suchtkranker Eltern zu schützen. Und uns verbindet der gemeinsame Wunsch, dass jedes Kind stolz und gerne sagen kann: „Das sind meine Eltern.“

Impressum:

SCHIRM-Projekt der Jugendwerkstatt „Frohe Zukunft“
Halle-Saalekreis e.V.
Adr Rudolf-Ernst-Weise-Straße 8 | 06112 Halle (Saale)
Tel 0345.29 98 99 65
Mail schirm-projekt@jw-frohe-zukunft.de
Web www.schirm-projekt.de
Redaktion: Anna Manser
Gestaltung: behnelux gestaltung
Schutzgebühr: 1 EUR

Modellpartner:

drobs Halle [Jugend- und Drogenberatungsstelle]
Der PARITÄTISCHE – PSW-GmbH
Adr Moritzzwinger 17 | 06108 Halle (Saale)
Tel 0345.51 70 401
Mail info@drobs-halle.de
Web www.drobs-halle.de

Gemeinschaftspraxis

Dipl.- Med. Gerlinde Gerdes/ Dr. med. Grit Darmochwal
Adr Ludwig-Wucherer-Straße 10 | 06108 Halle (Saale)
Tel 0345.67 82 333 | Fax 0345.67 82 334



Interview 1: Transkription des Interviews mit einem Familienhelfer des Schirm Projekts in Halle (Saale) am 15.04.2016 um 16.30Uhr

A: Erstmal vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Ich würde sehr gerne viel über das Schirm Projekt und ihre Tätigkeit als Familienhelfer erfahren. Ich würde Sie erstmal bitten, dass Sie vielleicht mit allgemeinen Daten über ihre Person beginnen, erzählen, wie Sie zu dem Projekt gekommen sind und wie lange Sie jetzt schon dabei sind.

S: Mein Name ist Ich bin Diplom Sozialpädagoge, vom Abschluss her. Habe einen Master in Sozialmanagement gemacht, der in meiner Tätigkeit nicht so die Rolle spielt. Ich arbeite seit 1994 im sozialen Bereich, also jetzt schon 22 Jahre. Also doch schon einige Zeit. Ich bin jetzt im Schirm Projekt seit 2000. Also im September sind es 16 Jahre in verschiedenen Tätigkeiten. Das Schirm Projekt ist hervorgegangen aus einer Anlaufstelle für Straßenkinder, ein niedrigschwelliges Projekt mit Street Work, Notübernachtung, mit einer Grundversorgung und einem Beratungsangebot. Es hat sich dann nach und nach weiterentwickelt. Ich will das jetzt nicht zu sehr ausführen. Das können Sie alles auf der Homepage nachlesen.

A: Ja das habe ich auch schon gelesen.

S: Genau auch unsere Konzeption. Das würde jetzt sehr viel Zeit kosten. Ich arbeite jetzt ungefähr seit 2008, also fast seit 8 Jahren im Bereich Familienhilfe. Am Anfang noch teilweise in der Anlaufstelle beschäftigt in der niedrigschwelligen Arbeit, teilweise in der Familienhilfe. Und seit ungefähr 4 Jahren ausschließlich im Bereich der Familienhilfe. Ich binJahre alt. Ich arbeite sowohl mit Familien ohne Suchthintergrund, als auch Familien, wo es um Drogen oder Sucht allgemein geht, also sowohl Crystal als auch ohne Crystal.

A: Ok.

S: Reicht das so zu der Frage?

A: Ja, das reicht so. Genau, was ist denn jetzt das Besondere am Schirm Projekt?

S: Das Besondere am Projekt ist jetzt das wir viele Leistungen aus einer Hand anbieten. Das wir also, neben der Anlaufstelle, der niedrigschwelligen Arbeit, haben wir Familienhilfen, eine Inobhutnahmestelle, eine Wohngruppe für junge, minderjährige Flüchtlinge. Wir bieten auch eine Anlaufstelle für Flüchtlinge, da sind wir auch gleichzeitig eine Anlaufstelle zweimal die Woche für Flüchtlinge geworden, wir haben Schulsozialarbeit in unserem Portfolio, wir haben noch einen Bürgertreff. Also wir sind relativ breit aufgestellt. Gerade was jetzt für die Familienhilfen interessant ist. Wir können sowohl aus der niedrigschwelligen Arbeit dann überleiten in den Bereich der Familienhilfen. Als auch wenn Hilfen abgebrochen

34 werden oder beendet werden, ist sozusagen eine Nachbetreuung oder ein nachsorgendes
35 Angebot immer noch im Rahmen der Anlaufstelle möglich. In einigen Fällen jedenfalls, in
36 denen die unter 27 Jahren sind.

37 A: Sie hatten jetzt schon erwähnt, dass Sie auch Eltern unterstützen, die Drogen konsumie-
38 ren. Und wie gehen Sie jetzt auf den Unterstützungsbedarf von Crystal Meth abhängigen
39 Müttern ein?

40 S: Vielleicht jetzt auch noch einmal zu dem Besonderen. Besonders ist, auch, aus dieser
41 Arbeit gewachsen, dass wir sehr wertschätzend arbeiten und auch akzeptierend. Ohne im
42 Bereich der Familienhilfe das Kindeswohl und die Sicht des Kindes aus dem Blick zu ver-
43 lieren. Aber wir versuchen erstmal relativ wertfrei und akzeptierend den Eltern zu begegnen,
44 um eine Vertrauensbasis zu finden. Und eine Grundlage für eine Kooperation. Die ja für die
45 Familienhilfe notwendig ist.

46 A: Aber es ist jetzt nicht so, dass sie den Konsum akzeptieren?

47 S: Nein, wir haben schon Standards, die auch sagen, dass wir eine Entwicklung sehen
48 möchten. Es lässt sich nicht verschweigen, es gibt immer wieder Rückfälle. Es gibt auch
49 Eltern, die konsumieren, während der Betreuungszeit. Aber wir haben das Mittel der Tests.
50 Das wird dann vereinbart mit Netzwerkpartnern, mit begleitenden Praxen, wo die Klienten
51 häufig im Rahmen der Substitution angebunden sind. Oder es wird einfach vereinbart, dass
52 regelmäßig Tests gemacht werden. Dann muss erkennbar sein, entweder über einen be-
53 stimmten Zeitraum, dass diese Eltern clean sein müssen oder das zumindest eine Tendenz
54 erkennbar sein muss. Also wir lassen dann auch Speicheltests machen, die dann sehr ge-
55 nau belegen können, ob der Konsum länger zurücklag, ob der Konsum zurückgegangen ist
56 oder ob das in irgendeiner Form wieder zugenommen hat. Wir akzeptieren also nicht den
57 Konsum, aber wir akzeptieren schon, dass es eine Krankheit ist und dass es vorkommen
58 kann, dass Eltern nicht immer clean sind. Das gehört mit zu der Arbeit dazu. Es ist immer
59 ein Drahtseilakt, dass muss man ganz klar sagen. Die Eltern bzw. Konsumenten reagieren
60 sehr unterschiedlich auf Crystal Meth. Wir haben Eltern gehabt, die haben nach einmaligen
61 Konsum sofort Psychosen entwickelt. Die waren nicht mehr in der Lage sich um ihre Kinder
62 zu kümmern, da musste sofort agiert und interveniert werden. Aber es gibt auch Eltern, den
63 man den Konsum erstmal gar nicht so anmerkt. Wo man auf dem ersten Blick gar nicht
64 merken würde, dass die konsumieren. Was die Sache nicht unbedingt leichter macht.

65 A: Das sehen Sie jetzt auch keinen besonderen Unterstützungsbedarf?

66 S: Doch! Der besondere Unterstützungsbedarf ist begründet an der Substanz an sich.
67 Crystal Meth hat schon die Besonderheit, dass das Verhalten der Konsumenten sich sehr

68 stark verändert. Die Psyche sich sehr stark verändert. Viele neigen dann zu Aggressivität,
69 zu impulsiven Verhalten, zu übersteigerten Wahrnehmungen, die dann einen unrealisti-
70 schen Blick entstehen lassen. Das macht es schwierig in der alltäglichen Arbeit. Also bei
71 einigen geht da auch der Realitätssinn verloren, oder ist zumindest eingeschränkt. Da muss
72 man dann erstens eine besondere Erfahrung haben, die wir in unserer jahrelangen Arbeit
73 in der niedrigschwelligen Anlaufstellenarbeit haben. Wir hatten immer mit Drogenkonsu-
74 menten zu tun und mit Crystal-Konsumenten auch schon seit einigen Jahren jetzt zu tun.
75 Dadurch haben wir viele Erfahrungen gewonnen und einen gewissen Blick dafür.

76 A: Sie hatten jetzt schon gesagt, welche Wirkungen der Droge sie erkennen konnten. Wel-
77 che Erfahrungen haben Sie mit den Erziehungsberechtigten bzw. Konsumenten gemacht?
78 Mit den Müttern in der Familienhilfe?

79 S: Die unterscheiden sich auf den ersten Blick nicht weiter von anderen Familien, ja da sind
80 teilweise Ängste, Vorbehalte, unter Umständen werden, meistens, auch nicht selten Hilfen
81 im Zwangskontext verortet, als kontrollierende Funktion. Als ambulante Hilfe bin ich darauf
82 angewiesen, dass die Eltern mich reinlassen bei Hausbesuchen, dass sie den Kontakt zu-
83 lassen, dass sie ein gewisses Vertrauen zu mir fassen und mit mir kooperieren wollen. Das
84 heißt ich muss mir Vertrauen erwerben. Das unterscheidet sich nicht so sehr von anderen
85 Familien. Was ich wirklich unterscheiden kann ist, dass die Arbeit weitaus unberechenbarer
86 ist, weil möglicherweise, wenn Konsum auftritt, dass Verhalten unberechenbarer wird. Die
87 Eltern sich nicht so steuern können. Oder wenn sie nach langer Zeit des Konsums Erschöp-
88 fungsphasen haben, da ist natürlich die Gefahr groß, dass sie ein paar Tage schlafen und
89 wenn dann kleine Kinder im Haushalt sind. Da muss man dann gucken, welche Schutzme-
90 chanismen gibt es, dass dieses Kind nicht auf der Strecke bleibt. Oder gibt es da Notfall-
91 systeme. Einen Partner, der vielleicht nicht konsumiert oder Angehörige, die da einen Blick
92 draufhaben können. Weil in Leipzig ist es dann vorgekommen, dass die Mutter gestorben
93 und das Kind dann letztlich auch verdurstet ist. Weil die Mutter sich nicht mehr drum küm-
94 mern konnte.

95

96 A: Haben Sie da eher die Erfahrung gemacht, dass der Partner dann mitkonsumiert oder,
97 dass es im Umfeld, externe Ressourcen gibt, Angehörige, die nicht konsumieren und dann
98 verlässlich sind für das Kind?

99 S: Sowohl als auch. Da gibt es die ganze Bandbreite von Konstellationen. Das ist noch
100 einmal die Besonderheit bei diesen Hilfen. Bei jeder Familienhilfe, man muss, genau gu-
101 cken, ganz individuell, wie ist die Situation, wie ticken die Familien. Man muss auch gucken,
102 verändert sich da was im Laufe der Hilfe. Wir haben mit Familien angefangen, da heißt es,

103 die haben konsumiert, die sind zum Zeitpunkt, wo wie sie übernehmen, clean. Dann kommt
104 aber ein Rückfall, da ändert sich die Situation absolut. Da haben wir die ganze Bandbreite.
105 Ich selber habe jetzt auch eine Familie, ein Ehepaar beide konsumierend. Ich habe aber
106 auch Fälle, da hat nur einer konsumiert. Oder wenn beide konsumiert haben, dann waren
107 da Großmutter oder andere Angehörige oder Freunde, die miteingebunden werden konnten
108 oder eingebunden werden mussten, um ein stabiles Netz hinzukriegen. In der ambulanten
109 Hilfe hat man, wenn man es mal hochrechnet, pro Stunde auch wenn man 10 Fachleis-
110 tungsstunden pro Woche hat, das sind 3, maximal 4 Kontakte in der Woche. Das können
111 Sie sich ja ausrechnen. Die Woche hat 7 Tage, hat so und so viel Stunden. Das verschwin-
112 dend gering, ein kleiner Ausschnitt. Wenn es da Eltern gibt, die einen Vorsatz hätten einem
113 etwas vorzuspielen, da würde das gut gelingen. Da muss man ein paar Schutzmechanis-
114 men einbauen. So Dinge wie Tests und Anbindungen an eine Arztpraxis. Eben dieses Ziel,
115 dass die Eltern clean sind, werden oder bleiben. Dass das schon mit im Raum steht.

116 A: Aus welchen Konsummotiven nehmen die Eltern die Droge? Können Sie das einschät-
117 zen?

118 S: Das ist ganz unterschiedlich. Crystal hat ganz klar positive Effekte. Deswegen ist es auch
119 schwierig mit so einer plumpen plakativen Werbekampagne a la Amerika mit den Bildern
120 von den dahinvegetierenden, sich Gesicht mäßig verändernden Crystal Konsumenten [ge-
121 meint ist: die Kampagne Faces of Meth in den USA] Das ist eine Facette. Die andere Fa-
122 cette ist, wenn Sie mit den Konsumenten reden -man geil drauf, man hält länger durch, der
123 Sex ist geil, die Wahrnehmung ist super, man schafft viel. Viele Mütter sagen auch, ich krieg
124 dann alles auf die Reihe, ich kann mich um Kind, Haushalt usw. kümmern. Gerade bei
125 alleinerziehenden Müttern, wenn die ein, zwei oder drei Kinder haben, da ist eine Überfor-
126 derung sehr oft gegeben. Wenn sie ganz alleine sind. Könnte ein Motiv sein, um durchzu-
127 halten. Aber in der Regel ist es wie bei anderen Drogen auch eine Sache der Biografie, also
128 Suchterfahrungen die vielleicht in der Kindheit erlebt oder bei den Eltern Konsummuster
129 erlebt worden, psychische Probleme, die kompensiert werden. Das ist genauso vielschich-
130 tig, wie bei anderen Drogen. Das Besondere hier ist halt das Crystal immer noch durchaus
131 positiv besetzt ist und dass es nicht, wie bei Heroin oder anderen Drogen durch ein Substitut
132 ersetzt werden kann oder medikamentös behandelt werden kann. Da ist der Kopf ganz
133 entscheidend und wenn die Eltern davon nicht wegkommen wollen, dann wird es ganz
134 schwierig.

135 A: Da stellt sich mir die Frage, welche Motivation haben die Konsumenten in der Familien-
136 hilfe für die Abstinenz?

137 S. Diese Woche ganz aktuell haben wir bei dem Ehepaar, wo beide konsumiert haben, da
138 war es, um es mal anschaulich zu machen. Wir hatten diese Familie zwei Jahre. Das lief
139 sehr sehr gut, sie waren stabil. Haben sie abgegeben. Da hat die Arztpraxis, die sie substi-
140 tuiert, es war ursprünglich eine Heroinabhängigkeit. Die erste Hilfe begann, weil der Vater
141 infolge eines Crystal Wahns, einer Psychose den Jungen bei wildfremden Leuten abgege-
142 ben hat. Weil er gemeint hat, er würde verfolgt werden. Dann sind die Kinder In Obhut
143 genommen worden, waren bei einer Pflegefamilie. Im Rahmen unserer Familienhilfe wur-
144 den sie zurückgeführt. So beginnt sehr häufig eine Hilfe. Kinder sind schon rausgenommen,
145 Rückführung ist geplant. Wir begleiten das. Es wird geguckt, dass die Eltern clean sind und
146 clean bleiben. Erst wenn sie clean sind, wird das Kind zurückgegeben. Wir waren dann
147 zwei Jahre drin. Es lief gut. Jetzt vor einem Jahr bekamen wir wieder Signale, es gibt
148 Schwierigkeiten. Die Praxis fragte das Jugendamt an. Es geht so nicht weiter, sie konsu-
149 mieren wieder. Wir wurden als ambulante Hilfe angefragt und jetzt war es so, dass also, die
150 Eltern in Auflagen- Kontrollverträge werden gemacht. Es werden Bedingungen formuliert,
151 was sein muss, was passieren muss. Ziele und wenn die nicht erfüllt werden, kann es sein,
152 dass das Jugendamt sich an das Familiengericht wendet. In diesem Fall war es so, die
153 beiden Eltern sollten eine Entgiftung machen. Es war die Bedingung, dass sie clean sind
154 über einen längeren Zeitraum. Das haben sie nicht erfüllt. Es kamen noch mehrere Vorfälle
155 hinzu, sodass das Jugendamt in Rücksprache mit uns beschlossen hat, die Kinder erstmal
156 wieder In Obhut genommen hat.

157 Wie war die Ausgangsfrage nochmal? Jetzt hab ich den Faden ein wenig verloren.

158 A: Wir waren bei der Frage nach Konsummotiven, bzw. bei der Motivation der Klienten für
159 den Ausstieg aus dem Konsum.

160 S: Ja genau. Die Motivation jetzt für die Eltern ist, die Kinder sind rausgenommen, Ziel ist
161 es sie wieder zurückzuführen. Aber ihr müsst jetzt wieder drei Monate beweisen ihr seid
162 clean, seid dauerhaft clean. Und da sagen beide Eltern, unsere Motivation davon wegzu-
163 kommen sind unsere Kinder. Wir wollen unsere Kinder wiederhaben. Wir wollen für sie da
164 sein und möchten nicht, wir haben selber früher erlebt, dass wir keine Familie hatten und
165 wir möchten, dass unsere Kinder wieder bei uns sind. Und dass wir eine Familie sind. Das
166 ist ein ganz entscheidendes Motiv, die Kinder selber.

167 A: dann könnte es ja auch passieren, dass wenn die Kinder wieder zurückgeführt wurden,
168 dass ein Rückfall auftritt

169 S: Ja, die Gefahr ist immer gegeben. Das ist egal welche Sucht. Alkohol, Crystal Meth,
170 Heroin, Kokain. Das ist aber bei psychisch Kranken auch so. Wir haben ja viele Psychisch
171 Kranke Mütter. Die haben Phasen, wo sie eine Psychose entwickeln, wo vorübergehend

172 die Kinder für 1, 2 Monate oder zwei, drei Wochen stationär aufgenommen werden müssen
173 [in einer Einrichtung der Jugendhilfe / Inobhutnahme], weil die Eltern, die Mutter oder der
174 Vater das nicht kann, weil der eine Psychose hat. So kann man das bei Crystal unter Um-
175 ständen auch vergleichen.

176 Ein anderes Motiv davon loszukommen ist, sind nachteilige Wirkungen. Sie merken schon,
177 dass es körperlich, was mit ihnen macht. Die werden bekloppt im Kopf, unruhig, kriegen
178 Wahnvorstellungen, können nicht mehr schlafen, werden vergesslich, kriegen ihren Alltag
179 nicht auf die Reihe. Das sind neben den positiven Aspekten, schon Dinge, die sie sehr sehr
180 beeinträchtigen. Und die sie in lichten Momenten, wenn sie nicht konsumiert haben, sie
181 schon sagen, ich will das nicht mehr. Ich möchte wieder ganz normal leben. Das ist auch
182 eine Motivation davon loszukommen.

183 A: Und wie erleben die Kinder ihre Mütter? Sie hatten jetzt schon viele Wirkungen auf den
184 Konsumenten erwähnt.

185 S: Auch das ist natürlich unterschiedlich, je nach Ausprägungsform. Wie bei anderen Sucht-
186 familien entsteht eine gewisse Co-Abhängigkeit. Kinder übernehmen Verantwortung für ihre
187 Mütter, für ihre Eltern. Wollen sie trösten oder ihnen Aufgaben abnehmen. Oder es kann
188 sein, wenn die Kinder älter sind, dann wecken sie sich, weil die Eltern, pennen, nach ihrem
189 Drogenrausch. Dann gehen sie halt alleine in die Schule oder schmieren sich die Brote oder
190 machen halt Dinge, die sie noch nicht machen sollten. Oder übernehmen Verantwortung,
191 die sie noch nicht übernehmen sollten in ihrem Alter. Oder aber sie kriegen Angst, reagieren
192 sehr sensibel auf die Stimmungsschwankungen der Eltern. Sind immer auf der Hut, wie
193 ticken meine Eltern. Sind die heute gut drauf, sind sie schlecht drauf. Kann ich sie anspre-
194 chen, kann ich sie nicht belasten mit meinen Bedürfnissen, oder zucken sogar zusammen,
195 wenn Vater oder Mutter, die Stimme erhebt. Bis hin auch zu aggressiven Übergriffen, die
196 passieren können. Wenn jemand Crystal nimmt und aggressiv übersteigert ist, dann kann
197 auch mal sein, dass da die Hand leichter ausrutscht. Dann haben Kinder auch möglicher-
198 weise Angst vor solchen Übergriffen. Es kommt auch vor, dass Kinder sich zurückziehen,
199 sich verschließen. Da ist die Bandbreite ähnlich, wie man es aus der Literatur über Kinder
200 von suchtkranken Eltern kennt. Da sind die Symptome nicht sehr viel anders.

201 A: Wie klären Sie die Kinder auf über den Drogenkonsum ihrer Eltern?

202 Z.B. jetzt die Familie, diese Woche, in der die Inobhutnahme erfolgt ist, ist es erstens so,
203 dass liegt mitunter auch mit an den Eltern. Es gibt Eltern, die damit offen umgehen und
204 durchaus sagen, die sich als krank bezeichnen und es den Kindern auch sagen. Es wird
205 dann sicherlich nicht in allen Einzelheiten ausformuliert. Also wenn wir es thematisieren,

206 dann wird es auch auf dieser Ebene thematisiert. Also die Eltern sind krank und beispiels-
207 weise jetzt bei der Inobhutnahme, du kommst jetzt in eine Kinderwohngruppe für eine ge-
208 wisse Zeit, bis deine Eltern wieder gesund sind. Wir versuchen das schon irgendwo, ich
209 mein, Kinder können nichts damit anfangen, ob sie sich nun eine Line ziehen oder spritzen
210 oder was weiß ich, wie sie das jetzt machen, das ist nebensächlich. Fakt ist, Sucht ist eine
211 Krankheit. Eben auf dieser Ebene wird versucht den Kindern es zu erläutern.

212 A: Sie hatten auch schon gesagt, dass Sie mit anderen Netzwerkpartnern kooperieren. Wie
213 sieht das genau aus?

214 S: Das ist ganz wichtig. Generell, in der Familienhilfe muss man gucken. Wir arbeiten sys-
215 temisch. Das System Familie wird sich anguckt. Es fängt an im familiären Umfeld, wer ist
216 da, welche Ressourcen können genutzt werden, von familiären Bindungen, bis hin zum
217 Freundeskreis. Schule. Dann die ganzen Behörden, die dranhängen. Angefangen über das
218 Jobcenter, wo es um Hartz 4 meinetwegen geht. Jugendgerichtshilfe oder Gerichtshilfe,
219 wenn es u.a. um Bewährungsaufgaben geht. Drogenberatungsstellen sind wichtig und eine
220 Arztpraxis. Wir brauchen in den meisten Fällen eine Arztpraxis, speziell arbeiten wir mit
221 einer Arztpraxis zusammen, da haben wir einen richtigen Kooperationsvertrag und eine
222 Drogenberatungsstelle mit der wir sehr eng kooperieren. Da kennt man sich, das sind ge-
223 wachsene Strukturen. Da gibt es klar Absprachen, wie das erfolgen muss, die Tests, wie
224 die Beratungszeiträume sind. Dann gibt es auch die Schweigepflichtsentbindungen. Wir
225 machen dem Klienten klar, dass wir eine Schweigepflichtsentbindung brauchen, damit auch
226 Rückmeldungen erfolgen können. Dass beispielsweise die Schulsozialarbeit anrufen kann
227 und sagen kann über die Lehrerin, der Junge ist heute nicht in der Schule aufgetaucht, was
228 ist da los. Und wir können dann losgehen und der Sache nachgehen. Oder die Arztpraxis
229 gibt eine Rückmeldung, hier der Test ist wieder positiv oder sie sind jetzt clean seit so und
230 so vielen Wochen. Oder der Beratungsprozess in der Drogenberatungsstelle läuft so oder
231 so. Das sind die wichtigsten Säulen: Drogenberatungsstellen, begleitender Arzt, Psycholo-
232 gen, Therapeuten und das Bildungssystem für die Kinder: Schule, KiTa und die existenzsi-
233 chernden Grundlagen: Jobcenter oder Sozialamt, wenn sie arbeitsunfähig sind.

234 A: Welche Handlungsempfehlungen könnten Sie Sozialarbeitern geben in der Arbeit mit
235 Crystal Meth Abhängigen?

236 S: Da würde ich ihnen unsere Broschüre mitgeben. Ich weiß nicht, ob sie die kennen. Mama
237 Papa Crystal.

238 A: Ja doch, die habe ich schon einmal durchgelesen.

239 S: Das sind so die Grundlagen, die wir haben. Da haben wir Prinzipien drin, was ich bereits
240 sagte, eine gewisse Zeit vor Beginn der Hilfe, am besten Abstinenz oder erkennbare Ten-
241 denz, dass sie clean werden. Schweigepflichtsentbindungen. Dieses Netzwerk muss vor-
242 handen sein. Klare Absprachen mit dem Jugendamt. Diese Dinge müssen gegeben sein.
243 Wichtig als Handlungsempfehlung immer ein möglichst, nicht einen billigenden Umgang,
244 sprich ich find das toll, was ihr macht, aber einen wertschätzenden Umgang. Das ist ein
245 Mensch, eine Familie, die bemühen sich ihre Kinder so gut wie möglich zu erziehen, zumin-
246 dest sollte das der Anspruch sein. Dieses Vertrauen erstmal entgegenzubringen. Wir wollen
247 mit euch arbeiten, versuchen euch ganz offen entgegenzutreten. Das ist schon einmal ein
248 ganz ganz wichtiger Grundsatz, um eine Kooperation zu erreichen. Damit haben wir die
249 besten Erfahrungen gemacht, weil häufig ist es ja doch so, gerade auch Mitarbeiter vom
250 Jugendamt sind häufig voreingenommen und haben auch Ängste: mein Gott, ich steh mit
251 einem Fuß im Gefängnis, was könnte da passieren, wenn das Kind verhungert, wenn die
252 Eltern da irgendeinen Scheiß bauen. Werden da auch häufig mit relativ schlimmen Berich-
253 ten konfrontiert.

254 A:- So wie auch in den Zeitungsberichten?

255 S: Ja, wenn man da so eine Akte lesen würde oder eine Schilderung hören würde, würde
256 man sagen oh Gott, da hätte man echt Angst in die Familie rein zu gehen. In den meisten
257 Fällen entpuppt sich das dann nicht als harmlos, denn die Sache an sich, wenn Eltern kon-
258 sumieren ist ja nicht harmlos, gerade, wenn sie Crystal Meth konsumieren, aber es sollte
259 uns gelingen, die Personen, die dahinterstehen, die Menschen zu erkennen und wertschät-
260 zend mit ihnen umzugehen. Das ist denke ich wichtig.

261 A: Wie schätzen sie da die Erziehungskompetenzen der Konsumenten ein?

262 S: Genauso, wie im Querschnitt der Gesellschaft. Wir haben also Konsumenten, da ist das
263 vielleicht bisschen schwieriger, die sind sehr unerfahren, vielleicht auch sehr jung Eltern
264 geworden. Die müssen sich das auch erstmal erarbeiten. Die sind vielleicht selber mit
265 Schlägen groß geworden, neigen dazu eventuell auch eher schlagende Eltern zu sein. Wir
266 haben aber auch sehr reflektierende Eltern, die eigentlich genau wissen, dass das was sie
267 da tun scheiße ist für ihre Kinder. Und ihre Kinder auch darunter leiden, sie dann aber wis-
268 sen sie sind krank und sehr viel Energie aufwenden, um wieder clean zu sein und ihren
269 Kindern ein normales Leben bieten zu können.

270 A: Sie schätzen das also realistisch ein, sehen den Konsum als eine Gefahr für ihre Kinder?

271 S: Ich glaub alle Eltern, ich habe noch nie Eltern erlebt, die suchtkrank waren, die sagten
272 oh das ist toll, was ich da mache. Sicherlich wird das bei einigen verdrängt oder beiseite

273 gedrückt. In der Regel ist den meisten schon sehr bewusst, dass es nicht gut ist, was sie
274 das tun und es für die Kinder nicht als angenehm erlebt wird.

275 A: Sie haben aber trotzdem schon die Angst, dass das Kind sofort rausgenommen wird?

276 S: Wer?

277 A: Die Eltern. Wenn Sie als Familienhelfer in die Familie gehen?

278 S: Ja natürlich. Klar ist, wenn das Jugendamt kommt ist jetzt häufig, unabhängig ob jetzt
279 Crystalkonsumenten, Jugendamt heißt für viele Familien, oh die wollen mir die Kinder weg-
280 nehmen. Da zu vermitteln, auch zu differenzieren, da gibt es ganz viele, sag ich mal Schat-
281 tierungen in den Hilfeformen. Ja, auch jetzt, wenn man in dieser Familie zum zweiten Mal
282 die Kinder rausgenommen, jetzt reichts mal. Auch denen wird gesagt, ihr habt eine Chance
283 auf Rückführung unter diesen oder jenen Bedingungen. Das den Eltern zu vermitteln ist
284 Sache des Jugendamtes, auch ein bisschen unsere Aufgabe einen Blick dafür zu vermit-
285 teln, damit man auch differenzieren kann. Das Jugendamt heißt nicht immer gleich Kinder
286 werden rausgenommen, aber die Angst ist natürlich da, die nehmen mir die Kinder weg und
287 ich krieg sie nie wieder. Da steht natürlich gerade bei Hilfen, die aufgrund von Vorfällen
288 installiert werden, also mal angenommen, der Vater gibt im Crystal-Wahn seinen Jungen
289 irgendwo ab, weil er denkt, er wird von irgendjemanden verfolgt. Oder der Vater schlägt
290 seine Kinder oder seine Frau und daraufhin schaltet sich das Jugendamt ein oder wird von
291 der Polizei dazu gerufen. Dann wird eine ambulante Hilfe installiert. Das haben die ja nicht
292 freiwillig beantragt. Man kann eine Hilfe zur Erziehung auch freiwillig beantragen, weil man
293 sich überfordert fühlt. Das machen die wenigsten. Meist werden in solchen Fällen die Hilfen
294 installiert, weil es irgendeinen Vorfall, irgendeine Aufmerksamkeit auf diese Familie gege-
295 ben hat und das ist dann schon ein gewisser Zwangskontext. Da steht die Angst oben,
296 wenn das nochmal passiert, könnte es ja sein, dass die Kinder wegkommen.

297 A: Ok. Und welche Rückmeldungen kriegen Sie nach der Hilfe sozusagen?

298 S: Wir machen zum Ende der Hilfe Fragebögen. Ich habe jetzt nicht die Einzeldaten da. Da
299 könnte ich auch noch einmal meine Kollegin fragen, wenn das nochmal von Interesse ist.
300 Aber überwiegend sind sehr positiv. Selbst wenn die Kinder In Obhut genommen werden
301 mussten, gibt es dennoch bei den meisten die Einsicht, ja stimmt, das ist als Konsequenz
302 nachvollziehbar, dass es an dem Punkt nicht mehr weiterging. Oder dass ich unter Umstän-
303 den eine Gefahr für meine Kinder war. Das deswegen die Kinder erstmal woanders sein
304 mussten.

305 A: Gibt es sonst noch Rahmenbedingungen oder rechtliche Hürden in der Arbeit mit kon-
306 sumierenden Müttern oder Vätern?

307 Naja auch da wie bei anderen Hilfen auch, wichtig sind Schweigepflichtsentbindungen oder
308 ich habe eine Schweigepflicht. Das sind die üblichen Dinge, die es gibt. Dann muss man
309 natürlich wissen, wir als Familienhelfer sind kein Arzt, kein Rechtsanwalt, keine Pfarrer, wir
310 sind keine Drogenberater, d.h. wenn wir zu der Kenntnis gelangen, die machen da krimi-
311 nelle Geschichten und wir würden dann befragt werden von Polizei oder Staatsanwalt, dann
312 haben wir kein Aussageverweigerungsrecht oder Zeugnisverweigerungsrecht. Das sind so
313 Dinge, die muss man natürlich wissen und auch den Familien verklickern. Ja und ansons-
314 ten, was halt auch für die anderen Familienhilfen gilt, der Paragraph 8a Kindeswohlgefähr-
315 dung und die ganzen Grundlagen des Jugendhilferechts und Sozialgesetzbuches. Das un-
316 terscheidet sich jetzt nicht speziell. Das spezielle ist somit der Konsum und die möglichen
317 strafrechtlichen Konsequenzen. Die eine gewisse Besonderheit sind. Wenn wir von Dingen
318 Kenntnis erlangen, die einen kriminellen Charakter haben. Da legen wir es auch nicht drauf
319 an, denen jetzt hinterher zu schnüffeln. Wie sie zu ihrem Geld kommen, um Crystal zu
320 beschaffen oder ob es da eine Beschaffungskriminalität gibt. Wir sind ja nicht die ermitteln-
321 den Polizisten oder Staatsanwälte.

322 A: Sie hatten jetzt gesagt, dass Sie systemisch arbeiten, also nach dem systemischen An-
323 satz?

324 S: Wobei wir in unserem Team auch relativ breit aufgestellt sind, der eine hat eher eine
325 systemische Ausbildung, der andere hat eine Fortbildung zum Trauma-Therapeuten ge-
326 macht, der nächste war in der Gruppenarbeit tätig. Wir versuchen da auch multiprofessio-
327 nell ausgerichtet zu sein, und auch da die verschiedenen „Spielarten“ der Sozialpädagogik.
328 Wir sind da nicht so dogmatisch festgelegt. Da könnte man sagen, dass ist mal wieder so
329 typisch Sozialpädagogik sehr verwaschen, sehr verschwommen. Auf der anderen Seite
330 können wir für unsere Arbeit in unserem Team – ach das ist vielleicht noch das Besondere
331 bei uns- wir arbeiten im Tandem gerade bei solchen Hilfen, also immer mit zwei Kollegen.
332 Das sollte man vielleicht auch noch einmal betonen.

333 A: Sind Sie beide dann anwesend in der Familie oder abwechselnd?

334 S: Sowohl als auch. In der Regel abwechselnd.

335 A: Ok.

336 Bei wichtigen Gesprächen sind immer beide anwesend, weil da ist es schon wichtig, dass
337 man immer im Austausch mit dem Kollegen sein kann. Oder sich gegenseitig vertreten in
338 Abwesenheitszeiten, dass dann immer eine lückenlose Versorgung sozusagen gewährleis-
339 tet ist. Dass dann auch zwei verschiedene Perspektiven immer dabei sind. Häufig machen
340 wir das dann auch gemischt geschlechtlich. Da ist nochmal so eine Besonderheit. Das war

341 ja so eine Frage, was sind die besonderen Anforderungen. Da kann man sagen, dass die
342 Suchtmittelerprobten teilweise auch sehr erfahren sind mit Helfersystemen, auch wissen
343 worauf es ankommt. Auch Drogenkonsumenten, ich will ihnen da nicht immer Vorsatz un-
344 terstellen, aber die wissen schon genau, auch wie man bei einem Test zum Beispiel betrü-
345 gen kann. Da haben schon einige eine gewisse Fähigkeit Probleme zu umschiffen, auszu-
346 loten und sind sehr sensibel für die Schwingungen des Gegenübers, können einen sehr gut
347 ausgucken, da ist es ganz gut, wenn man da zu zweit, können einen sehr schön einfangen
348 manchmal. Da muss man auch gucken, dass man nicht vereinnahmt wird. Das ist aber
349 generell in der Familienhilfe ein Problem, dass man nicht Teil der Familie wird, dass man
350 immer noch die professionelle Distanz hat. Und um die besser wahren zu können, ist es
351 auch gut im Tandem zu arbeiten, weil man da immer noch einmal einen anderen Blick
352 kriegt. Genauso wie unsere Fallberatungen, die einmal wöchentlich stattfinden. Wenn dann
353 Krisenfälle sind, wird es dem Team vorgestellt, da kriegen wir teilweise ganz andere Rück-
354 meldungen, auch von den Kollegen, die dann auf der Metaebene sind, die dann auch mal
355 sagen können, da würde ich doch mal langsam agieren. Und man selber als Fallführender
356 denkt, da ich hätte das aber jetzt noch zwei, drei Wochen mitgemacht. Bei den Kollegen
357 schrillen schon die Alarmglocken und die sagen, naja ich würde da schon nochmal überle-
358 gen, ob man da andere Konsequenzen draus zieht. Das ist vielleicht auch noch einmal so
359 eine Besonderheit, was diese Hilfen angeht, um der besonderen Verantwortung auch ge-
360 recht zu werden. Gerade bei Suchtmittelabhängigen ist es immer so ein Drahtseilakt. Ver-
361 bleibt in der Familie ist immer Ziel, aber es könnte sein, also wir stehen da häufig im Balan-
362 ceakt, ob das noch geht oder nicht. Und wir haben, das muss man auch sagen, immerhin
363 eine Quote von 50 Prozent, das heißt in der Hälfte der Fälle ist doch eine Herausnahme
364 der Kinder dann doch gegeben.

365 A: War es mal so angelegt, dass Sie nur Fälle mit Suchtproblematik hatten?

366 S: Nein.

367 A: Das war nicht so?

368 S: Das ist ganz wichtig, [dass es nicht so angelegt ist] weil die Fälle sind sehr arbeitsintensiv
369 und auch anstrengend. Das läuft nie so richtig gleichförmig in den Familien. Da hat man
370 schon richtig Action und gerade bei Crystal Meth Konsumenten, sind nicht so berechenbar.
371 Da ist jeder Tag irgendwie anders. Da kann man nicht so kontinuierlich arbeiten. Da muss
372 man sehr flexibel sein in seinem Handlungsvorgehen. Und man muss immer drauf gefasst
373 sein, dass heute wieder irgendeine Katastrophe ist oder dass etwas ganz anders ist als
374 gestern oder die Stimmungsumschwünge der Konsumenten sind teilweise so extrem, dass
375 man sich immer wieder als Helfer neu ausrichten muss. Da ist es auch gut, wenn man eine

376 in Anführungsstriche schöne einfache Hilfe hat. Wenn ich jetzt zehn Familien im Schnitt als
377 Helfer habe, dann kann ich nicht zehn Crystal Meth Fälle haben. Das geht einfach nicht,
378 weil bei solchen Familien ist auch die Verlässlichkeit häufig nicht so gegeben ist. Wenn ich
379 Termine vereinbare, kann ich sicher sein, dass da ein oder zwei Termine abgesagt werden.
380 Dann muss ich mir einen Neuen suchen. Da wäre ich bei zehn Familien ständig dabei mei-
381 nen Terminkalender über den Haufen zu werfen. Und wieder ganz spontan andere Termine
382 zu machen. Das würde nicht funktionieren. Wir versuchen da schon eine gesunde Mi-
383 schung. Das nicht nur ein Kollege das Eine oder das Andere macht. Sondern gemischt wird.

384 A: Hat das dann auch mit dem veränderten Zeitgefühl der Konsumenten zu tun, dass sie
385 Termine absagen?

386 S: Ja. Zeitgefühl oder generell- ist bei Alkoholikern auch häufig so, - Zeitmanagement spielt
387 da keine Rolle. Oder sie kriegen es nicht auf die Reihe. Wenn ich sage ich komme morgen
388 um elf Uhr, kann es durchaus sein, dass ich den Termin dreimal ansetzen muss, damit er
389 zustande kommt. In guten Phasen klappt das, aber in schlechten Phasen renne ich man-
390 chen Familien manchmal auch nur hinterher. Das ist natürlich sehr zeitaufwendig.

391 A: Danke. Das waren alle Fragen erst einmal.

392 S: Wenn ihnen doch noch was einfällt oder noch im Nachhinein, wenn Sie es noch einmal
393 hören, irgendwas ist noch offen, Sie haben ja meine Mailadresse, dann können Sie mir das
394 auch gerne zumailen.

395 A: Super danke.

396 S: Da bin ich auch gerne bereit Ihnen das zu schicken.

Interview 2: Zusammengefasstes Interviewprotokoll mit einer ehemaligen Konsumentin im Tannenhof e.V. in Cottbus am 04.05.2016 um 13.30 Uhr

[Weggelassen: Vorstellung meiner Person und Anlass Interview]

W: Ich lebe mit meinem Lebenspartner zusammen in Guben, ich habe drei Kinder, eins ist 5, 8 und der kleine jetzt anderthalb. Sie sind woanders untergebracht. Nicht bei mir. Sie wohnen im betreuten Wohnen in ner Einrichtung. Ein Mädchen und zwei Jungen.

A: Wie lange konsumieren sie jetzt nicht mehr?

W: Es sind jetzt 7 Jahre.

A: Wie ist das Verhältnis zu ihren Kindern?

W: Ich habe ein sehr gutes Verhältnis zu meinen Kindern (lächelt). Ich sehe sie immer am Wochenende. Bald kann ich sie wieder nachhause nehmen. Das wird dann eine Umstellung, eine große Umstellung. Jetzt hab ich sie nur am Wochenende. Dann hat man halt keine Ruhe mehr.

A: Aus welchen Gründen haben sie die Droge genommen?

W: Ach da gab es viele...Viele Probleme... Um gut drauf zu sein, um durchzuhalten, um Power zu haben. Das haben meine Kinder dann auch gemerkt, dass ich dann ganz losgelöst und gut drauf war, ganz anders (erzählt begeistert). Ah und um schlank zu sein, eine tolle Line zu haben. (deutet auf ihren Körper) Da war man dann ständig und hat das Zeug genommen.

W: Das haben auch meine Kinder mitgekriegt, wenn ich dann was genommen habe, war alles super, die Mama hat Power, die hält das durch. Dann hab ich vier Tage lang locker durchgemacht. und danach gings mir dann schlecht, schlafen konnt ich nicht, ich hab mir das nicht versucht anzumerken. ich hab auf der Couch gekomat, dann war alles zu viel und anstrengend. Dann konnt ich mich nicht auf meine Kinder konzentrieren, war mir dann zu viel. Hab meinen Kindern gesagt, ich bin krank. Aber die haben das schon gemerkt. Man kann ja nicht immer krank sein. Hab versucht meinen Tag zu planen, aber irgendwie ging das nicht. Man hatte schon einen Plan im Kopf, aber ich war ständig mir selbst beschäftigt und mit der Droge. Ich hab sie von ner Bekannten bekommen. Die war immer locker drauf, hatte keine Verantwortung, keine Kinder und so. Die war schon ein bisschen anders... Die stand dann einmal vor meiner Tür mit einer ganzen Menge Gras. Ich wollte einfach abschalten und gut drauf sein. Ein bisschen Kiffen und so. Halt nicht weiter schlimm hab ich gedacht. Haben dann auch andere Sachen genommen.

A: Sie haben hauptsächlich Crystal konsumiert?

34 W: Ja Crystal war die Hauptdroge. Heute wenn ich hier in der Stadt rumlaufe, weiß ich ganz
35 genug, wer konsumiert hat, wer das Zeug nimmt. Ich weiß genau, wo ich das herkriege.

36 A: Was hat sie denn dazu bewogen mit dem Konsum aufzuhören?

37 W: Meine Kinder. Ich wollte das nicht für die. Wenn ich keine Verantwortung gehabt hätte,
38 dann hätte ich vielleicht so weitergemacht. Habe gemerkt, dass ich mich nicht mehr um sie
39 kümmern kann. Ist zum Glück nie was passiert, hab versucht mir nichts anmerken zu las-
40 sen. Versucht Droge und den Tag zu vereinen. Wenn ich dran denke, was dann, wenn was
41 passiert wäre. Und den Zerfall hat man auch gemerkt. Haut, Zähne und so. Es macht einen
42 kaputt das Zeug. Es drehte sich alles um darum.

43 A: Wie haben Sie sich Unterstützung gesucht?

44 Ich hab mich dann bei Jugendamt gemeldet, die waren natürlich nicht begeistert. Da kam
45 der ganze Rattenschwanz dazu.

46 A: Hatten Sie jemanden, der sie unterstützt hat?

47 Nein, das hab ich alles allein angefangen. hab eine Therapie gemacht. Jetzt mache ich
48 noch die Nachsorge. Hab meine Kinder auch nie weggeben. Hatte keine Unterstützung.

49 A: War die Therapie hilfreich?

50 W: Ja die haben geholfen. Ohne hätte ich das nicht geschafft. Musste davon runterkommen.
51 Ich mein, ich hab mich freiwillig gemeldet beim Jugendamt, damit meine Kinder unterkom-
52 men, damit jemand sich kümmert. Nicht so wie bei anderen Familien. da ist das viel schlim-
53 mer. Die Therapie hat geholfen davon wegzukommen. Auf jedenfall geholfen.

54 A: War sie ambulant oder stationär?

55 W: Ach stationär! Ambulant, dann kommt man doch nur einmal die Woche her, das bring
56 nichts. Hab mein komplettes Umfeld gewechselt von Forst nach Guben. Neu anfangen.
57 Anders wäre das nicht gegangen. Jetzt bin ich schon lange clean. Das soll auch so bleiben.

58 A: Was wünschen sie sich für ihre Kinder?

59 W: Die sollen nie Drogen nehmen, nicht die gleichen Erfahrungen machen. Nein auch nicht
60 ausprobieren. Will sie wieder bei mir haben und sie bei mir leben. Das wir wieder eine Fa-
61 milie sind.

62 Trinken oder Drogen, das ist scheißegal, die Kinder die merken das. Man denkt immer die
63 kriegen nichts mit, aber die merken's genau.

64 A: Macht es einen Unterschied, ob sie Alkohol oder Drogen genommen hätten?

- 65 W: Gibt's keinen Unterschied. Wer einer Sucht verfallen ist, da gibt's keinen Unterschied.
66 Ob man trinkt oder nicht trinkt oder Drogen nimmt. Man ist die halbe Zeit damit beschäftigt
67 seine Sucht zu befriedigen und den andere Hälfte versucht man den Tag zu gestalten. Das
68 ist schlimmer als ein Job. Man wird nicht bezahlt. Und es macht einen kaputt.
- 69 A: Danke für das Gespräch.
- 70 W: Kein Problem.

BTU Cottbus - Senftenberg
Fakultät 4 für Soziale Arbeit,
Gesundheit und Musik
Bachelorstudiengang Soziale Arbeit

Erstgutachterin: Prof. Dr. Annemarie Jost
Zweitgutachter: Prof. Dr. Ulrich Paetzold

Cottbus, 10. Juni 2016